98

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/lesetatspsychopa0014vari

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice ULLMANN

Né à Morteau (Doubs), le 17 juillet 1888

LES ETATS PSYCHOPATHIQUES CHEZ LES SYPHILITIQUES

INDÉPENDANCE DE LA PLUPART DE CES ÉTATS VIS-A-VIS DE LA SYPHILIS COEXISTANTE

Président : M. PIERRE MARIE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR

GILBERT BALLET

A Monsieur le Professeur E. DUPRÉ

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux et de l'Infirmerie spéciale

A Monsieur le professeur PIERRE MARIE

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Que M. le professeur Dupré, à qui revient l'idée première de ce travail, nous permette de lui témoigner ici toute notre reconnaissance.

Nous le remercions très vivement de la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service et des précieux conseils qu'il nous a toujours prodigués.

LES

ÉTATS PSYCHOPATHIQUES

CHEZ LES SYPHILITIQUES

INDÉPENDANCE DE LA PLUPART DE CES ÉTATS VIS-A-VIS DE LA SYPHILIS COEXISTANTE

CHAPITRE PREMIER

Notre intention est de signaler la tendance, fâcheuse à notre avis et non justifiée, qui porte les médecins de notre époque à attribuer à la syphilis un rôle prépondérant dans l'apparition de la plupart des accidents psychopathiques qu'ils pourront être amenés à observer chez des malades syphilitiques, parfois aussi chez des malades dont la syphilis est douteuse ou inexistante.

A la vérité, nous ne soutenons pas que la syphilis ne joue qu'un rôle restreint dans la genèse des maladies mentales. Mais, si ce rôle est important, il n'est pas toujours direct. Comme facteur de dégénérescence, de prédisposition, il peut être considérable. Nous voulons dire seulement que le fait de la vérole, capable de créer par un processus immédiat toutes les psychopathies connues, ne repose sur aucune considération scientifique.

Il y a des troubles psychiques qui sont en rapport direct avec la syphilis ; nous le verrons plus loin. Il y a des affections cérébrales à symptomatologie psychique prédominante, dites parasyphilitiques, dans lesquelles la syphilis joue pour ainsi dire l'unique rôle étiologique.

A côté de ces cas nombreux, toutes les autres variétés d'états psychopathiques peuvent survenir chez un syphilitique. Dans l'apparition et l'évolution de ces états, la syphilis ne joue aucun rôle.

Il est bon de le rappeler, alors que, de plus en plus, les médecins tendent à mettre sur le compte de la vérole des affections sans rapports avec elle. Il convient aussi de montrer qu'une prédisposition aux psychopathies n'appelle pas forcément la localisation mentale de la syphilis. Enfin, nous pensons qu'il est nécessaire de signaler l'abus que l'on fait des médications spécifiques dans le traitement des affections mentales.

II

D'une façon générale, les aliénistes résistent nettement à ces tendances. Ils sont avertis. Ils savent qu'en face d'une démence catatonique de vieille date, d'une psychose interprétatrice ou hallucinatoire avérée, la connaissance d'une ancienne infection syphilitique chez leur malade ne leur sera d'aucun secours dans l'établissement de leur pronostic. Ils

ne croient pas à la valeur générale d'un traitement spécifique, si intense et prolongé soit-il. Ils ne formuleront pas sur-le-champ, à propos de syphilitiques anciens présentant à la fois des signes de localisation nerveuse de leur infection et des troubles psychopathiques : c'est de la paralysie générale. Les syphiligraphes du siècle dernier proclamaient que c'était une chance pour un malade que d'avoir eu la syphilis ; un traitement spécifique risquait fort de le guérir de son affection. Les psychiâtres savent au contraire et notre maître, le professeur Dupré, nous l'a montré bien des fois, qu'un psychopathe qui a eu la syphilis est deux fois malchanceux. Outre sa vérole, il est exposé à des traitements intempestifs et réitérés qui ne sont pas toujours sans danger.

Or, la majorité des médecins semble de plus en plus verser dans la double erreur qui consiste à incriminer la syphilis chez tout syphilitique présentant des troubles mentaux, et à instituer sans raison des traitements spécifiques variés. A-t-on affaire à un périodique, à un vieux paranoïaque ? C'est à son ancienne syphilis que l'on s'en prend et c'est elle que l'on veut combattre tout d'abord, bien que rien ne permette d'en tenir compte. Mais si, chez un psychopathe, on relève certains signes physiques tels que le signe d'Argyll, l'inégalité pupillaire, etc.,on ne doute plus et l'on conclut, automatiquement pour ainsi dire, à la paralysie générale, quels que soient par ailleurs les signes psychiques observés.

Il faut reconnaître que le diagnostic, dans ce der-

mier cas, peut-être délicat à poser, la paralysie générale au début pouvant, comme on le sait, prendre le masque de certains états psychopathiques. Néanmoins l'indépendance des troubles mentaux par rapport à la syphilis coexistante s'observe fréquemment, alors que la paralysie générale paraît probable, et nous montrerons justement combien sont nombreux les cas où un syphilitique avéré, chez lequel des signes de localisation nerveuse de l'infection sont nettement relevés, présente des troubles psychopathiques qui ne sont pas du tout de la paralysie générale, et qui n'évoluent pas vers elle.

Quoi qu'il en soit, le médecin, mis en présence d'un aliéné syphilitique, admettra l'influence de la syphilis sur l'aliénation, et instituera un traitement dans tous les cas.

Il donnera donc de l'iodure de potassium, du mercure, des arsenicaux, selon ses préférences. Très souvent, il donnera successivement tous les médicaments spécifiques connus, et le dernier avec aussi peu de succès que le premier. En l'absence de tout soulagement, le malade ou son entourage demanderont l'avis d'un autre médecin qui, à son tour, prescrira un traitement spécifique plus ou moins « intense ou prolongé » et ainsi de suite ; de telle sorte que, fréquemment, à la consultation de l'asile clinique nous nous trouvons en face de malades ayant absorbé, sous une forme ou sous une autre, une invraisemblable quantité de médicaments anti-

syphilitiques, et venant, en désespoir de cause, consulter des aliénistes de métier.

Parfois, le traitement est institué chez des aliénés syphilitiques, dans le but de guérir l'affection mentale, alors qu'un interrogatoire sérieux prouve clairement que les troubles psychiques ont fait leur apparition bien avant la syphilis.

Il peut s'agir enfin de malheureux qui, sans aucun antécédent syphilitique décelable (et nous nous prétendons maintenant armés pour dépister la syphilis), ont été soumis à d'intempestives médications.

III

Y a-t-il des raisons scientifiques qui justifient l'attitude des médecins contemporains ? Nous n'en connaissons pas de valables. Mais nous connaissons d'autres raisons qui, si elles ne justifient pas cette attitude, du moins l'expliquent. Elles sont d'ordre, non plus scientifique, mais sentimental. Elles sont engendrées par le sentiment d'impuissance dont on se sent frappé, en face de certaines affections.

On souffre de cette impuissance. On n'a pas de données étiologiques et pathogéniques satisfaisantes, ni de thérapeutique efficace. Mais la syphilis est là, et l'on est heureux de la mettre en cause. On voudrait croire à son action, à son influence sur les phénomènes morbides, et l'on y croit. On voudrait que le traitement spécifique fît disparaître tous

les accidents et l'on croit à l'action de ce traitement. On traite alors la manie pure, les délires de toute sorte, la paralysie générale. On veut « faire quelque chose ».

Mais on refuse de voir que, tout compte fait, c'est-à-dire à part les troubles syphilopsychopathiques que nous connaissons et dont nous parlerons plus loin, on n'a rien guéri, rien amélioré, et que souvent on a aggravé certains états.

Une autre cause de la tendance que nous combattons réside en l'ignorance générale des médecins en matière de psychiâtrie. Pour la plupart d'entre eux, les diverses manifestations de l'aliénation mentale se résument dans le mot « folie ». La folie est la seule maladie et les différents psychopathiques n'en sont que des modalités plus ou moins variées.

Somme toute, ils ont sur le sujet des conceptions peu éloignées de celles du grand public.

S'ils apprennent que tel trouble mental d'origine syphilitique a été guéri par un traitement spécifique, ils en concluent aisément que tous les troubles psychopathiques sont justiciables de ce traitement, du moment qu'ils apparaissent chez un syphilitique.

Notre regretté maître Gilbert Ballet s'élevait avec énergie contre cette prétention de faire de la folie une entité morbide et c'était un terme qu'il bannissait systématiquement du vocabulaire psychiâtrique.

D'autres médecins connaissent certains termes servant à désigner certaines psychoses, mais ils emploient ces termes à tort et à travers. Ils incri-

minent ensuite le « désordre croissant du langage », désordre à l'apparition et à l'extension duquel ils ont contribué pour une large part.

IV

Quel que soit l'intérêt théorique des idées que nous défendons, nous affirmons que leur intérêt pratique est considérable.

Plaçons nous d'abord au point de vue du pronostic. Si les troubles mentaux apparaissent chez un syphilitique de date récente, il faudra se garder de se croire toujours en présence d'un état lié à l'existenée de la syphilis, et de laisser espérer la guérison sous l'action d'un traitement spécifique. Des accidents psychopathiques très nombreux et très divers peuvent survenir chez des syphilitiques récemment infectés sans qu'il y ait entre les deux affections d'autre relation qu'une simple coïncidence. L'évolution de la psychopathie est celle que cette psychopathie aurait eue chez un sujet indemne de syphilis. C'est dire qu'un pronostic favorable ne saurait découler de la constatation de la vérole, mais bien plutôt d'une étude minutieuse des symptômes.

D'autre part, si les troubles mentaux surviennent chez un syphilitique ancien, présentant en outre des signes de localisation nerveuse de son infection, il faudra se rappeler qu'on peut avoir affaire à tout autre chose qu'à de la paralysie générale. Il peut

s'agir de psychopathies banales sans rapport avec la syphilis et évoluant pour leur propre compte. De telle sorte que le pronostic n'est pas toujours fatal, tel état psychopathique retrocédant de lui-même, sans le secours d'aucun traitement spécifique, tel autre se prolongeant indéfiniment sans verser dans la démence et sans que la paralysie générale soit jamais en cause.

Mais une question plus importante est celle du traitement.

Qu'il nous soit permis de répondre par avance à une critique qui peut nous être faite. Nous ne partons pas en guerre contre le traitement spécifique en général. Nous savons que la vérole est incriminée comme facteur étiologique prépondérant d'un nombre de plus en plus considérable d'affections. S'il nous paraît que cette attitude est souvent justifiée (1), nous n'avons pas ici à discuter la question. Nous nous plaçons à un point de vue purement psychiâtrique et nous nous demandons : Est-ce avec raison que le traitement spécifique est institué aussi fréquemment qu'il l'est à l'heure actuelle, chez la plupart des aliénés syphilitiques ?

---

1. Elle l'est souvent, mais il n'est pas prouvé qu'elle le soit toujours. Dernièrement, M. le professeur Gaucher ayant émis l'opinion que la syphilis devait être mise en cause dans un très grand nombre de cas d'appendicite, rencontra une vive opposition. Jalaguier réplique que : « la syphilis est très fréquente et l'appendicite aussi » (Séance de l'Académie de médecine du 20 mars et du 3 avril 1917).

Nous pouvons ajouter que les états psychopathiques le sont également.

Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'envisager trois cas :

a) Le malade présente des signes de syphilis en évolution concurremment avec des troubles psychopathiques. Il est évident que le traitement doit être effectué. Mais il ne faut pas oublier qu'il vise avant tout les accidents syphilitiques en évolution. Quant aux troubles psychopathiques, de sérieuses réserves s'imposent.

Croit-on avoir affaire à quelque syphilopsychose dont la symptomatologie relève de la confusion mentale toxique ou d'états voisins (états confusionnels avec agitation ou stupeur, amnésie, idées délirantes variées de nature onirique, etc). La connaissance que nous avons actuellement du sujet nous permet d'espérer l'amélioration ou la guérison de l'affection mentale dans des cas assez nombreux. Mais nous verrons aussi, en étudiant les observations mêmes publiées par les auteurs qui ont décrit particulièrement les syphilopsychoses, nous verrons que l'on aurait tort de chanter victoire trop tôt, et que, dans plusieurs cas où l'on est en droit de se croire en présence d'un état syphilopsychopathique, susceptible d'être traité et guéri spécifiquement, les accidents mentaux évoluent pour leur propre compte, vers la chronicité et la démence.

Si, après une étude minutieuse et prolongée des signes psychiques, ceux-ci ne paraissent pas relever des états syphilopsychopatiques que nous avons mentionnés et que nous décrirons plus loin, il con-

vient d'être très prudent dans le pronostic de la psychopathie et de n'attendre pas merveilles du traitement que l'on aura prescrit.

b) On est en présence d'un malade qui n'offre aucun symptôme de syphilis en évolution. Chez lui, l'infection est ancienne et ne se manifeste par rien. Dans ce cas, il n'y a pas à la faire entrer en ligne de compte plus qu'une ancienne typhoïde ou une ancienne pneumonie. Un traitement spécifique n'est pas justifié, et les aliénistes n'en prescriront guère ; mais, la plupart du temps, les médecins traitants en prescriront un, quelles que soient les manifestations de la psychopathie en question. Nous répétons que cette thérapeutique ne s'appuie sur aucune considération scientifique valable.

c) Dans une troisième catégorie de faits, il s'agit de psychopathes qui sont d'anciens syphilitiques et présentent des signes nets de la localisation nerveuse de leur infection. Convient-il de les traiter ?

Tout dépend de la nature des troubles psychiques : ils peuvent relever d'états psychopathiques banaux, sans rapport aucun avec la syphilis cœxistante. Dans ce cas, le traitement spécifique n'améliorera en rien les troubles mentaux. Il les aggravera parfois.

Ils peuvent relever de la syphilis cérébrale. Le traitement alors se justifie jusqu'à un certain point, bien qu'il amène rarement la guérison complète des accidents psychiqnes. Il semble toutefois agir favorablement contre certains symptômes.

Ils peuvent relever de la paralysie générale. Dans ce cas nous pensons, avec nos maîtres les professeurs Gilbert-Ballet et Dupré, que le traitement spécifique est, ou bien sans action appréciable, ou bien nuisible. « Je n'en ai jamais vu le bénéfice, écrivait en 1903 le professeur Dupré (1), j'en ai quelquefois constaté l'innocuité, j'en ai souvent observé les inconvénients et le danger. » Nous savons que les opinions du professeur Dupré sur ce point n'ont pas varié. La question est d'ailleurs âprement controversée. Les illusions sentimentales auxquelles nous faisons allusion plus haut, les rémissions naturelles de la maladie, contribuent à perpétuer la croyance que le traitement spécifique agit heureusement sur le cours de la paralysie générale.

V

Ainsi les indications du traitement spécifique sont limitées. Pourtant la tendance actuelle des médecins mis en présence d'un psychopathe syphilitique est de croire à l'influence de la syphilis sur la psychopathie et de prescrire un traitement spécifique dans tous les cas.

Cette pratique, grâce à l'action des syphiligraphes, se généralise de plus en plus. Selon nous, elle est mauvaise. Son seul avantage est de nous montrer la multitude de cas où elle est sans action favorable,

1. *Traité de Pathologie mentale*, publié par Gilbert Ballet.

et la fréquence aussi de ceux où elle est nuisible. L'on dit couramment que si le traitement « ne fait pas de bien, il ne fait pas de mal ». En 1899, Jacquin écrivait (1) : « on ne doit pas perdre de vue que l'infection spécifique est un facteur troublant dans l'étiologie des maladies du cerveau. Il faut fréquemment penser à elle, la prévoir ou la suspecter, surtout lorsqu'on est dérouté par l'incohérence des symptômes. Comme il n'y a rien à perdre, mais plutôt à gagner, on n'hésitera pas, même dans le doute, à instituer un traitement spécifique qui sera au moins une pierre de touche » (2).

Or cette opinion que le traitement « ne fait pas de mal », qu' « il n'y a rien à perdre, mais plutôt à gagner », cette opinion n'est pas vraie. Les cas où un traitement spécifique a occasionné des accidents sérieux sont loin d'être rares. Ils le seront de moins en moins. En 1899, Jacquin n'avait à sa disposition que le mercure et l'iodure de potassium. Aujourd'hui, les arsenicaux sont très employés. On connaît leur toxicité (3).

Mentionnons à ce propos, parce qu'elle est toute récente, l'intervention de Jean Lépine à la séance

---

1. Thèse de Lyon.

2. L'auteur fait suivre cette remarque d'une observation d'aliénée chez laquelle il n'a pu relever aucun signe de syphilis, et qu'il a néanmoins traitée. Comme il n'a obtenu aucun succès, on peut se demander quel appui cette observation apporte à la thèse qu'il soutient.

3. Nonne attribue une part assez sérieuse aux différents traitements antisyphilitiques, dans la production des psychoses.

de l'Académie de médecine du 8 mai 1917 : « Les arseno-benzols, dit-il en substance, offrent des dangers dans le traitement de la paralysie générale. Pour le tabes, ils paraissent inutiles et peut-être même nuisibles, une fois la maladie déclarée. On voit d'autre part des tabétiques dont la syphilis a été traitée au début par des arsenobenzols. Ces réserves, ajoute Jean Lépine, sont d'autant plus nécessaires que certains accidents nerveux de guerre, par commotion notamment, sont parfois pris à tort pour des accidents parasyphilitiques, et traités par les arsenobenzols, qui ne font que les aggraver.

L'emploi des médicaments antisyphilitiques, à propos de troubles dans l'apparition desquels la syphilis n'a rien à voir est une pratique, non seulement antiscientifique, mais encore dangereuse. Car il s'agit là du tissu nerveux, d'une sensibilité et d'une délicatesse extrêmes, et qu'on ne soumet pas sans danger à d'intempestives médications.

Qui ne voit d'ailleurs que, si le raisonnement de Jacquin est exact (nous avons cité sa phrase parce qu'elle est typique ; bien d'autres praticiens ont émis les mêmes affirmations), il n'y a aucune raison de ne pas prescrire un traitement spécifique, dès qu'on doute de quoi que ce soit, ou qu'un traitement quelconque, déjà institué, n'a pas donné de résultat appréciable. Et de fait, cette manière d'agir n'est pas celle pratiquée de plus en plus ? Le traitement spécifique n'est-il pas érigé en une sorte de panacée ? C'est contre ces méthodes, non basées

sur une étude rigoureuse des faits, que nous nous élevons.

Reste l'objection de la « pierre de touche ». Elle pouvait avoir quelque valeur à l'époque où Jacquin écrivait. Il n'avait pas à sa disposition en 1899, les moyens diagnostiques que nous possédons actuellement. Nous sommes aujourd'hui bien armés pour dépister la syphilis et l'argument de la pierre de touche doit être rejeté. Mieux vaut faire un examen attentif et minutieux des symptômes psychiques en présence desquels on se trouve, ou provoquer ce examen de la part d'un spécialiste. On pourra de la sorte déceler telle psychopathie dans l'étiologie et l'évolution de laquelle la vérole n'a rien à voir, et épargner au malade des médications inutiles et dangereuses.

Dans les pages qui suivent, nous ferons un bref rappel des connaissances que nous avons actuellement des psychopathies syphilitiques. Nous dirons ensuite quelle attitude il convient d'adopter en face des états psychopathiques qui n'entrent pas dans la catégorie des « syphilopsychoses ». A l'appui de notre opinion, nous présenterons enfin diverses observations, pour la plupart trouvées ou prises par nous à l'asile clinique.

CHAPITRE II

Nous étudierons dans ce chapitre les états psychopatiques qu'on a décrits sous les noms de : psychoses syphilitiques, syphilopsychoses, aliénation mentale syphilitique, folies parasyphilitiques, forme mentale de la syphilis cérébrale.

A la vérité, il ne s'agit pas de psychoses, c'est-à-dire de maladies mentales nettement différenciées, mais de troubles psychopathiques plus ou moins variés, en rapport avec l'apparition et l'évolution de la syphilis chez le malade. C'est, à proprement parler, à des psychopathies syphilitiques (1) que l'on a affaire.

I. — Celles de la période primaire sont rares. Ou bien elles n'ont aucun rapport avec la syphilis ; ou bien il s'agit de troubles tels que : neurasthénie, mélancolie hypochondriaque, crises de dépression capables

1. Les auteurs français qui les ont bien étudiées sont Fournier, Parant, Hagelstein, Jacquin, Régis, et Dupré, dans son article du *Traité de Pathologie mentale*, publié par Gilbert Ballet. Quant à l'historique de la question, nous renvoyons aux thèses d'Hagelstein et de Jacquin.

de mener le malade au suicide (1), dont la cause est le souci de la maladie.

Mentionnons spécialement les accidents syphilophobiques qui doivent être considérés comme une « simple modalité hypochondriaque des déséquilibrés de l'émotivité, qu'il s'agisse d'accès syphilophobique du sujet récemment syphilisé, ou de syphilophobie rétrospective du sujet non syphilitique. Ces manifestations hypochondriaques sont fonction, dans les deux cas, non de syphilis, mais de dégénérescence mentale » (2).

Ces troubles sont donc liés à la mise en jeu des prédispositions psychonévropathiques du sujet. Ils surviennent le plus souvent chez des gens cultivés, instruits, sachant ce qu'est la syphilis et en redoutant toutes les conséquences.

Le traitement spécifique, institué contre les premières manifestations de la vérole, n'atteindra pas les troubles psychopathiques dont nous venons de parler, et il ne faudra rien en attendre, au point de vue mental ; mais le traitement moral trouve ici une indication particulière. Il s'agit de réconforter le malade, de combattre les idées qu'il peut avoir sur le caractère désastreux et inexorable de son affection, de le détourner enfin des résolutions fatales auxquelles ses réflexions peuvent le conduire.

---

1. Fournier, *le Suicide dans la syphilis* (*Presse médicale*, mai 1903).

2. Dupré, in *Traité de Pathologie mentale* de Gilbert-Ballet, 1903.

II. — Les psychopathies de la période secondaire peuvent être divisées en deux groupes. Le premier comprend des accidents tels que : accès maniaque, mélancolique, bouffée délirante passagère, accidents qui sont en rapport avec l'ébranlement de l'organisme chez un sujet prédisposé, la syphilis représentant ici les éléments du choc physique, et parfois moral, perturbateur de l'équilibre psychique (1).

Le second groupe comprend des accidents psychopathiques, de nature toxi-infectieuse, directement issus de la toxémie syphilitique. La syphilis est alors la cause efficiente véritable des accidents. La pathologie dont ils relèvent « doit être assimilée au processus des psychoses toxiques : atteinte, directe et diffuse, des cellules corticales par les poisons morbides; intoxication indirecte des mêmes éléments par les insuffisances viscérales contemporaines de l'infection » (2).

Les psychopathies de ce second groupe, bien étudiées par Jacquin, dans sa thèse inaugurale (3), surviennent à partir du quarantième jour et coïncident avec les accidents de cette période : plaques muqueuses ; roséole ; éruptions pustuleuses, papules cuivrées, adénopathie inguinale, sous-maxillaire, cervicale; céphalée ; douleurs musculaires, etc. Leurs symptômes sont ceux de la confusion mentale sous

---

1. Dupré, *op. cit.*
2. Dupré, *op. cit.*
3. Jacquin, thèse de Lyon, 1899.

ses diverses variétés : stupide, hallucinatoire, avec délire onirique et agitation, avec anxiété mélancolique ; amnésie ; délire aigu. Ces accidents ont, comme caractères, d'être précoces, variables, polymorphes, sujets aux rechutes et récidives, et généralement curables par la mise en œuvre combinée du traitement spécifique et de la thérapeutique antitoxique (1), les formes aiguës, délirantes, hallucinatoires étant le plus rapidement et le plus complètement curables (2).

Donc, ici, l'on se trouve en face d'accidents toxi-infectieux dont la forme clinique est celle d'états psychopathiques aigus ou subaigus d'origine toxique.

Quelquefois, le syndrome, d'allure grave et d'évolution assez rapide, rappelle le délire aigu, avec association de phénomènes précoces de méningite ; et peut se terminer, soit par la mort, soit par la guérison avec état démentiel plus ou moins accusé (3).

Plus les symptômes différeront de ceux que nous venons d'énoncer, et plus le doute sera permis sur le rapport de cause à effet entre la syphilis et la psychose, et moins le traitement spécifique influera d'une façon heureuse sur celle-ci.

Nous ferons remarquer encore que, si ces psychopathies syphilitiques secondaires empruntent souvent la symptomatologie de la confusion mentale, tous les états confusionnels relevés chez un syphili-

1. Dupré, *op. cit.*
2. Régis, *Précis de psychiâtrie*, 1915.
3. Dupré, *op. cit.*

tique plus ou moins ancien ne sont pas forcément le produit de la syphilis.

Pour prendre un exemple, l'épilepsie est capable de donner lieu à des états confusionnels, avec délire onirique, qui suivent, masquent ou remplacent la crise. Dans ces cas, la notion de syphilis ancienne n'a pas d'intérêt. Il convient, avant tout, de mettre sur le compte de l'épilepsie ce qui lui appartient, et d'instituer un traitement bromuré énergique. Le mercure ou les arsenobenzols aggraveraient l'état psychopathique, bien loin de le guérir ou de l'améliorer.

III. — Les troubles psychopathiques de la période tertiaire sont, disent les auteurs, les plus nombreux. Ils surviennent à partir du dix-huitième mois environ après le chancre. Ils diffèrent des précédents en ce qu'ils ne correspondent à aucune poussée extérieure, exanthématique, fébrile, de syphilis, mais bien à un de ses processus anatomo-pathologiques sur le cerveau, qu'ils s'accompagnent ordinairement de troubles moteurs convulsifs (crises épileptiformes, crampes, contractures, paralysies oculaires, vertiges, aphasie, etc.).

L'ensemble du syndrome représente donc une encéphalopathie psycho-somatique, syphilitique (1).

Pour Régis, le type clinique fondamental en est toujours la confusion mentale. Néanmoins ces troubles ne se manifesteraient plus que rarement sous une des formes aiguës de la confusion (délire hallucina-

---

1 Dupré, *op. cit.*

toire agité, délire aigu), mais presque toujours au contraire, sous l'une de ses formes subaiguës, dépressive ou pseudo-démentielle.

En réalité « le déficit l'emporte ici sur la confusion et les signes de la diminution définitive des facultés sur ceux de l'obnubilation temporaire de l'intelligence » (1).

La forme pseudo-démentielle est de beaucoup la plus commune. Elle consiste en obtusion, torpeur des facultés, hébétude, incohérence des idées, désordre des actes, amnésie plus ou moins profonde et parfois élective dans ses lacunes, trouble profond de l'association des idées et du jugement, changement rapide du caractère, altération de la personnalité, stupidité, gâtisme.

La gomme cérébrale circonscrite détermine des accidents psychopathiques qui ressemblent beaucoup à ceux des tumeurs encéphaliques (2). L'hébétude, la stupeur, la dysmnésie, l'inertie, sont les symptômes les plus fréquents. Dans le cas de gommes multiples, au complexus anatomique correspond le complexus clinique psychopathique à tendances démentielles, que les syphiligraphes ont décrit sous le terme impropre de folie syphilomateuse (3). Les accidents n'offrent rien de spécifique et relèvent de la dégénérescence mentale, de l'excitation et de la dépression psychique, et de la démence organique (4).

1. Dupré, *op. cit.*
2. Herber, Thèse de Paris, 1900.
3. Dupré, *op. cit.*
4. Dupré, *op. cit.*

Fournier avait décrit ces psychopathies de la période tertiaire sous le nom de forme mentale de la syphilis cérébrale (1). Il décrivait deux variétés : la forme dépressive et la forme expansive.

Dans la première variété, on trouve de la dépression générale, de l'anxiété, du délire avec idées hypochondriaques, de persécution, ou d'empoisonnement, des hallucinations confuses du goût, de l'odorat, de l'ouïe, du refus d'aliments, de la tendance au suicide, tous ces symptômes, qui sont en somme ceux de la mélancolie, reposant sur un fond d'hébétude et de démence très marqué (2).

L'autre variété, constituée par de l'excitation cérébrale, avec suractivité psychique, optimisme, délire vaniteux, reçoit son empreinte de l'obtusion mentale, qui donne aux conceptions un cachet d'enfantillage et d'absurdité très net (3).

Dans ce cas, la constatation de symptômes tels que l'hébétude, la démence, l'absurdité des idées délirantes, permet de distinguer les troubles psychiques de ceux mélancoliques ou maniaques purs.

En tout cas, la précocité de ces accidents (de dix-huit mois à six ans environ), leur variabilité dans leurs formes symptomatiques, leur évolution inégale, saccadée, irrégulière, leur sensibilité au traitement spécifique, doit les faire distinguer aisément de la paralysie générale.

---

1. Fournier, *la Syphilis cérébrale*, 1879
2. Régis, *op. cit.*
3. Régis, *op. cit.*

Du moins en est-il ainsi d'ordinaire. Parfois, le diagnostic entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale est difficile. Il se fonde alors sur l'étude prolongée et continue de l'évolution des accidents, les différences étant trop légères pour qu'un examen unique puisse permettre de conclure. Le traitement peut évidemment aider à l'établissement du diagnostic. Mais souvent sa mise en œuvre apporte peu d'éclaircissement, soit qu'il se montre sans action appréciable, soit qu'il n'influe que sur certains symptômes qui peuvent s'observer dans les deux affections, soit enfin que la syphilis cérébrale et la paralysie générale coïncident, ce qui arrive fréquemment.

Parfois aussi les signes psychiques s'éloignent plus ou moins de ceux précédemment énumérés. On pourrait être amené dans ce cas, après un examen trop superficiel, à méconnaître la véritable cause des accidents. Krœpelin (1) classe en trois catégories les formes mentales que peut prendre la syphilis cérébrale ; il décrit les formes confusionnelles, les formes périodiques, les formes paranoïdes.

Krœpelin aime à classifier. Peut-être cette classification-là n'est-elle pas très heureuse, les formes confusionnelles et périodiques s'enchevêtrant très souvent et le mot paranoïde étant bien vague, bien élastique, bien imprécis.

Quoi qu'il en soit, Krœpelin entend dire que certaines manifestations psychiques de la syphilis céré-

1. Krœpelin, *Traité de Psychiâtrie*, 1911.

brale ressemblent à la psychose périodique, à la démence précoce paranoïde, mais il ne veut pas dire qu'elles sont de la psychose périodique, de la démence précoce. Il essaie même de dégager les différences cliniques qui séparent la démence précoce vraie des états paranoïdes de la syphilis cérébrale (absence, dans ce dernier cas, de gros troubles de la personnalité et de la volonté,de maniérisme,etc.) (1).

Nous sommes encore loin des cas de « démence précoce syphilitique » que certains auteurs ont cru bon de publier.

A une période plus avancée de l'évolution de la maladie (six à dix ans après le chancre), d'autres troubles peuvent se développer, offrant cet intérêt qu'ils en imposent quelquefois pour de la paralysie générale au début.

Ces troubles ont été décrits par les auteurs sous le nom de neurasthénie tardive des anciens syphilitiques. Il s'agit en réalité de troubles neurasthéniques banaux sans rapport avec la syphilis. « L'application du cyto-diagnostic céphalorachidien permet d'en affirmer la nature non méningitique et, par conséquent, de les distinguer des troubles prodromiques de la paralysie générale. Ceux-ci sont, en effet, dans leur apparition, toujours postérieurs à la lymphocytose céphalorachidienne, signe de début par excellence de la périméningo-encéphalite diffuse » (2).

---

1. Arsimoles et Halberstadt, *Revue neurologique*, 1912.
2. Dupré, *op. cit.*

« Les troubles psychiques des périodes secondo-tertiaire et tertiaire relèvent du processus subaigu et diffus de la méningo-encéphalite diapédétique exsudative, ou des lésions d'artérite disséminée, ou de foyers multiples de ramollissement ou de la méningite en plaques, avec ou sans éruption syphilomateuse miliaire concomitante, des phases avancées de la période secondaire ; ou, plus tard, de la présence de gommes, de méningite chronique scléreuse, d'artério-sclérose diffuse, etc. » (1).

Les psychopathies syphilitiques tertiaires guérissent souvent sous l'influence d'un traitement spécifique, leur évolution étant subordonnée à celle de la lésion cérébrale à laquelle elles se rattachent. Souvent aussi, elles laissent un déficit, une déchéance psychique plus ou moins marquée avec ou sans coexistence de troubles moteurs (2).

IV. — Enfin, à la période quaternaire de la maladie, peuvent survenir les troubles psychiques de la paralysie générale progressive. Ils sont liés au processus de la periméningo-encéphalite diffuse, isolé ou compliqué de syphilis cérébrale en activité.

Nous n'entrerons pas dans le détail des troubles psychiques en rapport avec la paralysie générale. Quant au traitement spécifique, nous avons dit plus haut ce que nous pensions de son action sur cette maladie.

Mais nous avons mentionné aussi la coïncidence

1. Dupré, *op. cit.*
2. Régis, *op..cit.*

assez fréquente de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale chez le même malade. De cette coïncidence résulte une encéphalopathie mixte « où se mélangent les symptômes psychiques de la démence et les signes physiques des lésions en foyer (aphasie, paralysies localisées, etc.). Le traitement exerce, dans ses formes associées, une action dissociée : heureuse sur les lésions syphilitiques, nulle ou nuisible sur les lésions paralytiques » (1).

Nous avons ainsi passé en revue les différents états psychopathiques qu'on a le droit de croire liés à une infection syphilitique coexistante. Il n'y en a pas d'autres.

V. — Il faut reconnaître que le diagnostic est parfois délicat à établir. Nous avons dit que la syphilis cérébrale, la paralysie générale au début peuvent ressembler à la psychose périodique (2), ou à cette variété de démence précoce que Krœpelin a appelée paranoïde (3). Il peut arriver aussi que l'on hésite entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale. Beaucoup d'auteurs ont décrit des observations de syphilitiques cérébraux pris tout d'abord pour des paralytiques généraux. Dans les cas douteux, le traitement, institué à titre d'épreuve, peut donner d'utiles renseignements. La réaction de Wassermann, la ponction lombaire sont des opérations qu'il ne faut pas négliger de pratiquer.

---

1. Dupré, *op. cit.*
2. Krœpelin, Finckle, Ziehen, Mosny et Barat, etc
3. Wesphal, Ilberg, Krœpelin, Plaut, etc.

Mais il y a plusieurs erreurs qu'il est nécessaire de savoir éviter :

Il ne faut pas conclure, de ce que les réactions humorales sont trouvées positives, que l'on a forcément affaire à la syphilis cérébrale ou à la paralysie générale. Il peut s'agir aussi de la psychose maniaque dépressive vraie, de la démence précoce vraie, chez un syphilitique, ou de tout autre état n'ayant avec la vérole qu'un simple rapport de coïncidence. En général, dans les cas difficiles à résoudre, l'évolution des troubles mettra sur la voie du diagnostic véritable.

Le traitement pourra aussi intervenir utilement. Mais, là encore, une erreur est à éviter. C'est celle qui consiste à rendre le traitement responsable des améliorations possibles des phénomènes psychopathiques, dans des cas où il est de règle que ces troubles régressent, s'améliorent ou guérissent spontanément.

Une faute grave enfin consiste à arguer de ce fait que les signes de méningite syphilitique sont relevés pour appeler syphilitique n'importe quel trouble mental il s'agira d'étudier chez le même malade. Que l'on dise d'une syphilis cérébrale qu'elle est à forme paranoïde ou périodique, cela est soutenable. Mais que l'on n'aille pas affirmer qu'il s'agit de démence précoce syphilitique ou de manie syphilitique. C'est prendre des analogies pour des identités. C'est introduire la confusion dans toutes nos conceptions psychiâtriques.

Nous présenterons au chapitre suivant plusieurs exemples de ces erreurs.

Milian, s'exprimant sur les difficultés fréquentes du diagnostic. écrit (1) : « Le diagnostic de la folie syphilitique est délicat à poser. La difficulté est bien différente suivant que les troubles intellectuels surviennent chez un sujet porteur d'accidents cérébraux syphilitiques, ou chez un sujet dépourvu de tout autre accident. Dans le premier cas, la nature syphilitique des troubles mentaux s'impose immédiatement à l'esprit. La conclusion est facile, l'erreur est impossible. Dans le deuxième cas, au contraire, on pense d'autant moins à l'origine syphilitique de la psychose que la plupart des psychiâtres refusent à la syphilis un rôle important dans la production des maladies mentales. »

De même, pour Jallet (2), la syphilis n'est pas toujours la cause du délire, chez un délirant syphilitique : « Seule une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien permettra de conclure à coup sûr à la nature syphilitique de ces troubles. »

Nous ne saurions souscrire à ces affirmations, à savoir que l'erreur est impossible dès qu'il existe des signes de méningite syphilitique. Pour nous, si « la nature syphilitique des troubles mentaux s'impose immédiatement à l'esprit » il ne s'ensuit pas que l'erreur soit impossible. Que l'on croie à des acci-

---

1. In *Précis de Syphiligraphie* de Gaucher.
2. Thèse de Paris, 1911.

dents psychopathiques relevant de la syphilis cérébrale, ou à un début de paralysie générale, l'erreur est fréquente. Elle consiste justement à tenir pour évidente et certaine la nature syphilitique de la psychopathie, alors que celle ci peut être parfaitement indépendante de la syphilis dont le malade est atteint.

« Comme on a maintes fois observé cette lymphocytose sans troubles psychiques concomitants, écrit Dupré, et constaté l'existence de ceux-ci, indépendamment de cette lymphocytose, comme dans la psychose polynévritique et de nombreux cas de confusion mentale toxi-infectieuse, on n'est pas en droit d'établir une liaison directe de causalité entre l'irritation méningée et l'état psychopathique » (1).

Dans les cas délicats à trancher, il convient d'étudier minutieusement et consciencieusement les caractères des troubles mentaux auxquels on a affaire, et de réserver, s'il y a lieu, son diagnostic.

1. Dupré, *op. cit.*

CHAPITRE III

Autrefois, les auteurs tenaient la syphilis comme incapable à elle seule de produire des psychoses spéciales.

En 1880, Lagardelle nie l'existence de la folie syphilitique simple.

La même année, Chauvet, dans sa thèse d'agrégation, ne reconnaît que des rapports très indirects entre certaines manifestations psychopathiques et les lésions syphilitiques.

En 1887, Savage, Brush (1), et d'autres auteurs américains s'élèvent avec énergie contre la dénomination de folie syphilitique, la syphilis étant considérée comme une cause banale dans l'éclosion des maladies mentales à forme simple développées sous son influence.

En 1893, Mairet (2) se refuse à admettre que la vérole donne une folie simple. Ou il s'agit d'une coïncidence, ou de la conséquence des tourments et craintes causés au malade par la maladie qu'il a contractée

1. Congrès de Washington, 1887.
2. *Aliénation mentale syphilitique*, Montpellier, 1893.

Pourtant, en 1865, Griesinger (1) avait reconnu qu'il existe un groupe de maladies cérébrales survenues sous l'influence de la syphilis, avec troubles psychiques prédominants, sans lésions anatomiques appréciables, et dont les formes mentales sont très variées.

En 1894, Joffroy, répondant à Hagelstein (2), écrit : « Il n'y a pas de psychose syphilitique, pas plus que de paralysie générale syphilitique. Cela ne veut pas dire que la syphilis ne joue aucun rôle dans l'étiologie et n'exerce aucune influence sur l'état mental, mais cela signifie que l'affection mentale qui survient chez un syphilitique, n'est pas de nature spécifique ».

Aujourd'hui, beaucoup d'auteurs et parmi eux, la majorité des aliénistes, résistent à la tendance qui veut élargir démesurément le domaine étiologique de la syphilis.

D'autres sont portés, sous l'influence des syphiligraphes, à incriminer la vérole dans un nombre de plus en plus considérable d'états psychopathiques. Nous avons dit un mot des raisons sentimentales de cette attitude, raisons sur lesquelles nous n'insisterons pas. Mais, ces dernières années, on a essayé d'appuyer ces conceptions sur des arguments d'ordre scientifique. On a invoqué l'aide de la clinique et du

---

1. Discours à l'ouverture de la Clinique de Psychiâtrie de Zurich, 1865.

2. Hagelstein, thèse de Nancy, 1894.

laboratoire. Voyons ce qu'il faut penser de ces tentatives.

1. — Beaucoup de médecins admettent, en s'appuyant sur des observations cliniques, que la plupart des états psychopathiques peuvent être de cause syphilitique.

Leredde, Milian prêtent à Nonne l'opinion que la vérole peut produire toutes les formes de démence. Il aurait vu un cas d'hypochondrie rapidement guéri par une cure hydrargyrique. La mélancolie, la manie peuvent, pour cet auteur, reconnaître une étiologique syphilitique. Sur le rôle de la syphilis à l'origine de la folie circulaire, des délires systématisés (paranoïa), du catatonisme, cet auteur reste réservé (1). Chose étrange, Nonne est incertain sur le rôle de la syphilis dans l'amentia (confusion mentale), alors que nous venons de voir que, pour les auteurs français, la confusion tient une place considérable dans les états psychopathiques liés à la syphilis.

Disons en passant que Leredde, dans le livre duquel nous avons puisé ces derniers renseignements sur les idées de Nonne, explique ces divergences fondamentales par le « désordre croissant du langage. » En réalité, l'ignorance des notions les plus élémentaires de la psychiâtrie est la principable coupable.

---

1 Leredde, *Domaine, traitement et prophylaxie de la syphilis*, 1917.

Jallet(1) prétend que « tous les troubles mentaux, sous toutes leurs formes, peuvent se rencontrer, à des degrés divers, au cours des périodes secondaire et secondo-tertiaire de la syphilis », et que, naturellement, ces troubles sont d'origine syphilitique.

C'est aussi l'opinion de Barnes ; c'est celle à laquelle tend Dods-Brown.

Milian affirme que la syphilis peut produire des délires systématisés, la manie à tous ses degrés. Gentile croit à la fréquence relative de la neurasthénie syphilitique.

La syphilis a été fréquemment incriminée dans la démence précoce (Laignel-Lavastine et Barbé, Dods-Brown, Soukhanoff.)

Toutes ces opinions prétendent se fonder sur des observations cliniques. Nous en avons étudié plusieurs. Qu'en faut-il penser ?

Nonne a vu un cas d'hypochondrie guéri par une cure hydrargyrique. N'insistons pas sur ce cas. Le mot hypochondrie peut prêter à confusion. Si c'est d'un état de dépression qu'il s'agit, nous savons qu'ils s'améliorent la plupart du temps spontanément. Combien n'a-t-on pas vu d'états de dépression guérir sans traitement chez un syphilitique ? Nous avons aussi mentionné ces états psychopathiques particuliers provoqués par la constatation de sa vérole par le malade, et qui tendent à disparaître,

---

1. Thèse de Paris, 1911.

soit spontanément, soit sous l'action du traitement moral.

Nous avons dit que les états appelés « neurasthénie tardive des anciens syphilitiques » n'avaient rien à voir avec la syphilis. Gentile (1) a étudié la question de la neurasthénie syphilitique. Sur 1.200 infectés, 175 ont présenté des signes de neurasthénie « générale ou partielle. » Il en conclut que 14 1/2 o/o des syphilitiques deviennent neurasthéniques. Le terme de neurasthénie est vague ; celui de neurasthénie « partielle » plus vague encore. Quoi qu'il en soit, si l'auteur avait recherché la neurasthénie dans l'histoire des individus non syphilitiques, le pourcentage des cas positifs aurait été à peu près le même que celui qu'il a trouvé. La syphilis n'a rien à voir dans ces états.

Pour ce qui est de la mélancolie, de la manie pures, la syphilis ne joue aucun rôle dans leur étiologie. Milian (2) prétend au contraire que la syphilis est souvent responsable de la manie « quoiqu'elle ne soit pas citée comme agent étiologique dans les récents traités de pathologie mentale. » Pour lui, on rencontre tous les degrés de la manie, subaiguë, aiguë, suraiguë.

La preuve de la nature syphilitique découle des observations que Milian a trouvées dans le livre de

---

1. *Considérations sur la neurasthénie syphilitique* (*Rivista italiana di Neurapatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*, 1910).

2. In *Précis de Syphiligraphie* de Gaucher, 1910.

Nonne et qui sont « les plus concluantes qu'on ait jamais publiées. » Voici une de ces observations « concluantes » :

Il s'agit d'un homme qui avait contracté la syphilis à l'âge de vingt-huit ans. A trente et un ans, bien qu'il n'eût jamais présenté d'antécédents pathologiques autres que sa syphilis,sans traumatisme, sans hérédité nerveuse, sans alcoolisme, cet homme fut pris d'une attaque d'épilepsie. Malgré le bromure, il eut encore quatre attaques au cours des trois mois suivants. Le traitement antisyphilitique le guérit. Un an plus tard, le sujet eut un accès de manie sans qu'on ait pu découvrir de cause provocatrice. Il guérit en deux mois par l'hydrothérapie. L'accès revient un an plus tard, très violent et ne subit aucune amélioration de l'hydrothérapie jointe à la médication opiacée. L'agitation fut telle que le patient dut être interné. Une amélioration rapide se produisit dès qu'on soumit le malade au traitement mercuriel.

On voit donc que le second accès de manie traité par le mercure a guéri, mais que le premier accès traité par l'hydrothérapie, avait guéri aussi. Rien n'est moins « concluant ».

Milian donne l'observation précédente comme un cas de manie simple : « La manie aiguë, dit-il ensuite, ou délire aigu, est une forme exagérée de la précédente. » Suivent deux observations empruntées à Fournier, et qui sont peut-être bien du délire aigu, mais n'ont rien de commun avec la manie. Il est vrai

que, pour Milian, la manie aiguë et le délire aigu sont deux synonymes.

Des énormités analogues se rencontrent un peu plus loin. Il s'agit maintenant de prouver l'existence de délires systématisés syphilitiques : « On peut rencontrer aussi, dit Milian, de véritables délires systématisés. » Les états qu'il donne en exemple sont caractérisés par des idées délirantes de nature triste, avec dépression générale, intellectuelle et physique. Voici un de ces exemples :

Il s'agissait d'une femme qui se croyait ruinée, perdue, et croyait sa mort prochaine. Constamment, on la trouvait à la même place, dans un coin de la salle, triste, silencieuse, abattue, absorbée dans un état de stupeur mélancolique. Pendant plusieurs semaines, elle refusa tout aliment et il fallut, pour la nourrir, avoir recours à la sonde œsophagienne. Cette femme était affectée de divers accidents syphilitiques tertiaires.

Ainsi Milian prend la confusion mentale pour de la manie et la mélancolie pour un délire systématisé. Un autre exemple de délire de persécution chez un syphilitique est le suivant :

Cet homme, âgée de quarante-cinq ans, syphilitique depuis l'âge de vingt deux ans, fut pris, au cours du traitement institué pour son tabes, d'un délire de persécution des plus caractérisés. Cet homme, employé comptable, était torturé par l'idée que son ancien patron abusait de sa femme, celle-ci n'en ayant pas conscience... Depuis trois ans, ce malade

a toujours les mêmes tortures, se réveillant au milieu de la nuit, poursuivi par cette idée... Il s'est livré à des actes extravagants contre ce patron, etc.

Milian donne cette observation comme un cas de délire systématisé syphilitique. Or, rien ne peut faire soupçonner la syphilis. Le traitement n'a eu aucune action favorable, c'est même à l'occasion du traitement institué pour le tabes du malade que sont survenus ces troubles. Considérer la psychopathie comme une coïncidence était l'attitude la plus logique. Mais il a suffi que l'on observe des accidents psychopathiques chez un ancien syphilitique pour que l'on ne doute pas de la dépendance de l'aliénation à l'égard de la syphilis, alors que tout concourt, au contraire, à faire rejeter cette interprétation.

De cette observation est à rapprocher celle que nous présentons plus loin et qui est tirée du travail d'Hagelstein. Là aussi, les troubles psychopathiques apparaissent après le début du traitement ; là aussi ils persistent ; là aussi on attribue à la syphilis un rôle prépondérant dans leur étiologie.

Mosny et Barat (1) ont présenté à la Société de psychiâtrie, en 1919, un cas de psychose maniaque dépressive qu'ils rattachent à une méningite syphilitique concomitante. Il s'agit là encore d'une pure coïncidence, car la malade, bien avant l'apparition de sa méningite spécifique, avait déjà présenté, à diverses reprises et sous des influences plus ou

1. Société de Psychiâtrie, 19 mai 1910.

moins nettement déterminées, des accès de dépression ou d'excitation.

En réalité, la manie, la mélancolie simples sont sans rapport avec la syphilis, lorsque les deux affections coexistent. Mais il peut s'agir d'états d'excitation ou de dépression greffés sur un fond de confusion, ainsi que nous l'avons dit plus haut. On peut alors attendre de bons résultats du traitement, au moins sur certains symptômes, d'autres pouvant persister.

On lit dans *le Traité de Pathologie mentale* de Gilbert Ballet, à l'article « Manie » « Il importe de faire des réserves au sujet des troubles dit maniaques qui se développent sous l'influence des intoxications et de la puerpéralité. Le plus souvent, en pareille occurrence, on a affaire à des délires hallucinatoires ou a des états de confusion mentale analogues à ceux qui se produisent communément à la suite des infections et des toxémies. »

Ces réserves, nous pouvons les appliquer fort justement aux troubles dits périodiques qui se développent sous l'influence de l'infection syphilitique.

Nous avons vu que, pour Jallet, tous les troubles psychopathiques connus peuvent être d'origine syphilitique. Il appuie ces assertions sur six observations dont quatre sont manifestement des observations de confusion mentale, avec dépression, stupeur ou délire onirique ; la cinquième présente un cas d'amnésie et la sixième un état d'agitation maniaque. L'auteur conclut que l'étude des troubles

psychiques n'a pas d'importance ; il suffit qu'ils existent. Il conclut aussi que les travaux de Fournier sur la question sont sans valeur. Il est clair que Jallet n'a aucune idée de la psychiâtrie.

Dods-Brown (1) a étudié l'effet du salvarsan sur un certain nombre d'aliénés. Il a vu un cas de folie délirante, un cas de catatonie, un cas d'hébéphrénie, un cas de manie aiguë, améliorés par le traitement. Remarquons que l'auteur parle d'amélioration et non de guérison. En outre, le terme de folie délirante ne signifie rien ; et c'est le propre de la manie aiguë de s'améliorer de soi-même. Quant aux cas d'hébéphrénie et de catatonie, ils sont sujets à des rémissions spontanées. Dods-Brown ne nous dit pas ce que sont devenus ses malades.

La démence précoce est une affection mentale dans l'étiologie de laquelle on a souvent prêté à la syphilis un rôle considérable. On s'est fondé sur des travaux de laboratoire, dont nous reparlerons, et sur des observations cliniques.

Il nous paraît d'ailleurs très vraisemblable que la syphilis joue un rôle dans la genèse de la démence précoce. Mais elle agit en tant que facteur de dégénérescence, de déchéance, comme agit la tuberculose, l'alcool, le plomb. Il y a hérédo-syphilis, si l'on veut, mais l'hérédité est ici de terrain, non de graine.

Or, c'est un rôle direct que l'on a voulu faire jouer

---

1. *Review of neurology and psychiatry*, 1911.

à la vérole. Nous venons de voir l'opinion de Dods-Brown à ce sujet. Klutcheff (1), de Pétrograd, trouve chez un nombre considérable de déments précoces des signes d'hérédo-syphilis, ce qui n'a rien d'étonnant. Encore aimerions-nous savoir quels sont, pour Klutcheff, les signes indiscutables de l'hérédo-syphilis.

Laignel-Lavastine et Barbé (2) ont présenté un cas de démence précoce syphilitique ; il s'agit d'une syphilitique, avec Argyll et réaction méningée, qu'on prit d'abord pour une paralytique générale. L'état démentiel resta stationnaire pendant de longues années, et, à l'autopsie, on ne trouva pas de ménin-go-encéphalite diffuse. L'évolution clinique prolongée avait fait reconnaître la démence précoce, qu'a confirmée l'autopsie, en ne montrant qu'une encépha-lopathie atrophique neuro-épithéliale. La réaction méningée, qui fut constatée au début de l'évolution démentielle autorise, écrivent les auteurs, à émettre au moins l'hypothèse que la syphilis n'a pas été étrangère à tout le processus morbide.

L'hypothèse est toute gratuite. Il s'agit là d'une démence précoce apparaissant et évoluant chez une syphilitique, sans que rien permette de croire à l'influence de la syphilis sur la psychopathie. L'intérêt de l'observation réside pour nous en ce fait que la malade avait été prise tout d'abord pour une para-

---

1. Cité par Soukhanoff, *Annales médico-psych.*, 1911.
2. Société de Psychiatrie, 18 décembre 1913.

lytique générale, sur la constatation des signes physiques, ce qui est une illustration de notre thèse.

II. — On s'est appuyé aussi sur certains travaux de laboratoire pour essayer de prouver la nature spécifique des troubles mentaux observés chez des syphilitiques.

G. Raviart, M. Breton, G. Petit, Gayet et Cannac (1) ont recherché systématiquement la réaction de Wassermann chez les aliénés. Leurs recherches portent sur 400 cas. Ils ont trouvé une réaction positive, à peu près constamment chez des syphilitiques avérés et des malades atteints d'affections parasyphilitiques. Absente chez les déments vésaniques, rare chez les épileptiques, elle existe plus souvent chez les déments précoces (26,3 o/o), organiques (30,7 o/o), ou séniles (60 o/o). Ils l'ont rencontrée surtout chez des sujets présentant à un degré quelconque un arrêt de développement des facultés intellectuelles : idiotie, demi-idiotie, imbécillité (soixante-seize fois sur 246 cas).

Roubinovitch et Levaditi (2) trouvent la séro-réaction positive dans 20 o/o des cas de démence précoce.

Soukhanoff (3) pense que la syphilis joue un rôle, dans l'étiologie de la démence précoce, étant données les investigations à l'aide de la réaction de Wassermann qui a été obtenue, dit-il, dans 25 o/o des cas

1. *Aliénation mentale et réaction de Wassermann* (*Presse médicale*, 1988).

2. *Rôle de la syphilis dans la démence précoce* (*Gazette des Hôpitaux*, juin 1909).

3. *Annales médico-psychologiques*. 1911.

Herman et d'Hollander (1) ont trouvé une réaction positive dans 3 cas de démence précoce sur 22, dans 3 cas sur 14 de démence sénile.

Noguchi a trouvé la réaction positive dans 3 cas de démence sénile sur 16. Il a trouvé soixante-dix-sept fois la réaction de Wassermann positive sur 265 cas d'affections mentales, non compris les paralytiques généraux. Il a fait des examens du liquide céphalo-rachidien : il a trouvé sept fois des altérations dans 83 cas de démence précoce ; deux fois dans 10 cas de démence sénile.

Leredde écrit que « la syphilis serait la cause principale des psychoses qu'on rapporte uniquement à l'alcoolisme », en se basant sur une statistique de Noguchi, qui aurait trouvé cinq fois la réaction sanguine positive dans 9 cas de psychose alcoolique » (2).

Que conclure de ces chiffres ?

Nous ne contesterons pas les statistiques indiquées ci-dessus. Nous ferons remarquer seulement qu'elles ne concordent pas absolument, ce qui se comprend fort bien, le pourcentage des syphilitiques n'étant pas le même dans les différentes époques où il est établi. Nous ne discuterons pas non plus la valeur de la réaction de Wassermann. Cette réaction s'est montrée positive dans des cas assez nombreux où la syphilis n'existait pas, tels que lèpre, paludisme, scarlatine, spirilloses diverses. Admettons toutefois

1. *Bul. de l'Acad de méd. de Belgique*, décembre 1912.

2. Leredde. *Domaine, traitement et prophylaxie de la syphilis*, 1917.

qu'elle constitue un moyen diagnostique excellent dans l'état actuel de nos connaissances (1).

D'une façon générale, nous constatons que le nombre des aliénés syphilitiques est de 15 à 25 o/o. Doit-on s'en étonner ? Doit-on conclure que la syphilis est capable de créer toutes les formes de l'aliénation mentale ? Point du tout. Cette proportion de 15 à 25 syphilitiques est justement celle que l'on trouve sur 100 sujets quelconques.

Il ne découle de ces chiffres qu'une seule constatation certaine ; à savoir que la vérole est une maladie répandue, de plus en plus répandue. Mais d'autres infections, d'autres intoxications sont très répandues. Le résultat positif de la sero-réaction chez de nombreux aliénés indique la fréquence de l'infection syphilitique ; il n'implique pas que l'aliénation soit le produit de la vérole. Ne découvre-t-on pas les stigmates de la tuberculose, de l'alcoolisme chez un nombre considérable de psychopathes ?

Il ne suffit pas, en effet, de chercher et de trouver souvent une séro-réaction positive. Il faudrait, pour mettre en cause la syphilis, que cette réaction fût positive d'une manière générale, ou que les psychopathies rétrocédassent par l'effet du traitement spécifique : Si la syphilis est accusée d'être un facteur nécessaire dans l'étiologie de la paralysie générale, par exemple, malgré l'insuccès du traitement, c'est qu'elle existe d'une façon constante dans l'histoire du

1. Joltrain, *Nouvelles méthodes de sero-diagnostic*, 1916.

malade ; c'est que les signes de méningite syphilitique sont trouvés dans tous les cas.

Si l'on fait, d'autre part, jouer un rôle considérable dans l'étiologie de certains états psychopathiques, c'est qu'entre autres bonnes raisons, on obtient des résultats évidents du fait de l'isolement et d'une hygiène sévère.

Les chiffres que nous avons rapportés n'indiquent donc qu'une seule chose : la fréquence de la syphilis ; fréquence qui est grande chez les aliénés, mais qui est tout aussi grande chez les autres individus observés.

D'ailleurs certains expérimentateurs ont donné à leurs propres statistiques les conclusions qui convenaient. Roubinovitch et Levaditi affirment que l'action de la syphilis sur la démence précoce est nulle, les cas où les réactions sont positives n'ayant aucun rapport de causalité avec la maladie cérébrale. Mais Roubinovitch est aliéniste.

La plupart des médecins, au contraire, prennent ces chiffres pour une démonstration de la nature syphilitique des troubles mentaux étudiés, et leurs conclusions sont poussées parfois jusqu'à l'absurdité. Leredde ne propose t-il pas d'éliminer le rôle de l'alcool dans les psychopathies considérées jusqu'ici comme d'origine alcoolique, pour lui substituer celui de la syphilis ? Nous n'insisterons pas.

CHAPITRE IV

Observations

Les observations que nous allons présenter maintenant sont groupées en plusieurs catégories.

I. — La première catégorie comprend des syphilitiques anciens, atteints de troubles psychopathiques. La syphilis n'a pas laissé de traces ; aucun indice de localisation nerveuse n'est relevé ; les symptômes psychiques sont ceux d'un état psychopathique banal. Bref, rien ne permet de tenir compte de la notion de syphilis antérieure dans l'établissement du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Ces cas sont extrêmement nombreux. Nous en présenterons un seul, choisi pour ainsi dire au hasard, à titre d'exemple. En face d'un tel malade, les aliénistes n'incrimineront jamais la vérole. Beaucoup d'autres médecins, par contre, seront frappés par la coexistence de cette infection et ne manqueront pas de prescrire un traitement spécifique. Ils s'étonneront ensuite de son inefficacité. Dans ces cas, en effet, le traitement, s'il n'est pas nuisible, n'a aucune action favorable.

OBSERVATION I

(Consultation externe de l'Asile clinique.)

M..., quarante-cinq ans. *Délire de persécution. Syphilis ancienne. Pas d'indices de localisation nerveuse de la syphilis.*

La mère est morte à quarante-sept ans. Le père est alors parti et l'on n'a jamais eu de ses nouvelles. Deux frères bien portants.

Etait un bon élève. Apprenait bien. Le malade trouve qu'il n'a jamais eu beaucoup de suite dans les idées. Syphilis à l'âge de vingt-sept ans, chancre et plaques muqueuses. L'infection a été soignée pendant un an avec des pilules.

28 mars 1911. — Depuis quatre ou cinq ans, le malade croit qu'on le fait agir par des suggestions, « qu'on lui donne par exemple l'idée de fumer ou de boire. Ainsi, il n'aime pas boire et il lui arrive de boire plusieurs verres, au café, en causant. Ce n'est pas une impulsion à boire, mais il se laisse entraîner par les camarades. » C'est un manque d'énergie, « et on en abuse pour lui faire payer des verres. Il croit que ce sont les commerçants qui se sont occupés de ces affaires-là, qui ont monté tout cela avec ses camarades. Au début, il ne voulait pas boire, et il est resté longtemps sans retourner au café. Puis il est allé chez un de ses frères, cafetier à Elbeuf, où il a pris pension, et cela a recommencé petit à petit. Il ne boit jamais seul, il faut qu'il rencontre un camarade.

« C'est la même chose encore pour d'autres affaires » ainsi,

« on le fait se toucher », on lui « faisait un potin avec ça parce qu'il ne voulait pas de femmes » ; il lui semble qu'on lui commande cela et il éprouve « dans la cervelle, comme une impulsion ». Dans la chambre, chez son frère, il entendait qu'on était dans la cuisine, et on devait agir sur lui. Il n'a pas entendu qu'on lui commande rien d'une façon précise. Un matin, il a entendu sa belle-sœur dire : « Il faut le laisser tranquille, car il commence à se fâcher. »

On le taquinait sur sa continence vis-à-vis des femmes. Il était quelquefois un ou deux ans sans en voir.

Il y avait un cafetier d'Elbeuf qui voulait l'attirer chez lui. La femme ouvrait la porte lorsqu'il passait. Alors il s'est fâché ; il a injurié ce cafetier malgré lui, et il a eu une contravention. C'est pour cela qu'il est parti d'Elbeuf.

« Cela arrive aussi pour fumer » ; on lui fait faire des bêtises dans son travail. »

19 mai 1913. — Il se déclare un peu mieux ; mais il a été obligé de changer de métier plusieurs fois. Dans les usines, il lui semble qu'on lui suggère des idées ; il entend les camarades dire : « Il boit du vin blanc ». On lui dit, sans qu'il voie personne : « Fais comme ceux là. »

« Il a fait des choses sans avoir voulu les faire ». Il agit malgré lui.

2 juin 1913. — Aurait encore éprouvé quelques « impulsions ». Hier, par exemple, il a parlé seul, malgré lui. « Ce doit être une faiblesse dans la poitrine ». Il se sent sans énergie.

2 février 1914. — Il lui semble entendre mentalement une voix qui lui donne des ordres ; il est forcé de travailler et d'obéir plus qu'il n'est utile. Quand il a de l'argent dans

sa poche, on lui ordonne d'aller boire ; il obéit, et l'ordre lui est renouvelé par intervalle, à la rencontre d'un camarade.

II. — Les malades du second groupe présentent des signes de localisation nerveuse de leur syphilis, concurremment avec des troubles psychopathiques. De ces troubles, les uns sont banaux et d'un diagnostic relativement facile, à condition toutefois de les étudier consciencieusement et de ne pas conclure, en présence des signes physiques, à l'influence certaine de la syphilis sur les troubles psychopathiques en question. L'erreur à éviter consiste justement à prendre ces troubles pour des manifestations de la syphilis cérébrale ou pour un début de paralysie générale.

Les autres sont d'une interprétation plus délicate. Nous allons avoir (obs. VI et VII) que des psychiâtres excellents ont porté à leur sujet le diagnostic de paralysie générale, alors que l'étude de leur évolution n'a pas permis de maintenir ce diagnostic. Ces cas, sans être très nombreux, sont plus fréquents qu'on ne le croit d'ordinaire.

Constatons en passant que, quelqu'ait été le diagnostic porté, les aliénistes qui ont eu affaire aux malades de ce groupe n'ont pas cru devoir prescrire un traitement spécifique, sauf dans le cas de la malade étudiée dans l'observation IV, le traitement étant d'ailleurs parfaitement justifié dans l'occurrence.

OBSERVATION II

(Consultation externe de l'asile clinique)

C..., quarante-cinq ans. *Etat hypochondriaque avec cœnesthopathies diffuses. Syphilis ancienne. Wassermann positif. Signes pupillaires. Troubles des réflexes. Pas de paralysie générale.*

14 novembre 1910. — Le malade a eu une blennoragie il y a dix mois. Depuis cette époque, il se plaint de sensations diffuses dans toutes les parties du corps. Il s'agit de douleurs « brûlantes, vrillantes », généralisées dans les jambes, les bras, la face, la gorge. « C'est comme des coups de canif ». Il ressent parfois une douleur qui passe du talon à la pointe du pied.

Il a eu la syphilis, il y a trente ans.

Réaction de Wassermann positive.

Pupille gauche irrégulière ; réaction pupillaire nettement diminuée à gauche.

Réflexes rotuliens vifs. Réflexes achilléens inégaux, le gauche étant plus faible que le droit.

4 décembre 1910. — Même état.

9 janvier 1911. — Se plaint toujours de douleur diffuses, obligé de pousser pour uriner.

Ponction lombaire négative : ni albumine, ni lymphocytose.

23 janvier 1911. — Même état. On aurait retrouvé du gonocoque dans l'écoulement uréthral, à Lariboisière.

24 avril 1911. — Plus de gonocoques.

Persistance des troubles hypochondriaques.

19 mai 1913. — Persistance des troubles hypochondriaques. Sensations diffuses partout.

OBSERVATION III

(Consultation externe de l'asile clinique)

D..., trente-quatre ans. *Débilité mentale. Alcoolisme chronique. Névrose comitiale. Syphilis testiaire. Rigidite pupillaire gauche. Réflexes tendineux vifs.*

Père et mère morts. Ont eu quatre enfants, tous vivants.

La malade a eu une fausse couche, survenue à la suite d'une crise convulsive avec chute. Elle a une fille de huit ans, bien portante.

19 juin 1916. — Elle vient consulter pour des crises épileptiques. Elle a commencé par en avoir une par mois, au moment des règles. Elle en a depuis très longtemps. Depuis quelques années, il lui semble qu'elles sont plus fréquentes, sans qu'elle puisse apporter de grandes précisions sur ce point. Elle a suivi depuis cinq ans un traitement régulier bromuré qui la calme un peu. Elle fait aussi de l'hydrothérapie tiède depuis janvier 1916.

Les crises se présentent de la façon suivante : Aura : sensation douloureuse et de contriction dans la partie gauche du thorax. Chutes fréquentes (Ecchymoses). Perte complète de connaissance.

La malade ne peut dire si les convulsions sont partielles ou généralisées. Morsures de la langue assez fréquentes (cicatrice au bord droit). Ecume. Incontinence d'urine. Période stertoreuse. Sommeil consécutif.

Les crises surviennent n'importe quand, le jour ou la nuit.

La malade fait une crise pendant l'interrogatoire : quelques mouvements de la main droite. Perte de connaissance pendant quelques minutes. Elle est assise sur sa chaise.

Elle ne se plaint pas de céphalée.

Alcoolisme chronique remontant à de longues années. Elle boit moins depuis six mois seulement. Depuis qu'elle boit moins, les crises sont moins fréquentes. Mais les périodes persistent durant lesquelles elle se montre violente, coléreuse, casse tout.

Elle présente une éruption syphilitique tertiaire (bras, coudes, dos) en voie de régression, dont le début remonte à deux ans, et qui n'est soignée que depuis le mois de janvier 1916. Elle a suivi un traitement à l'huile grise et à l'hectine.

Rigidité pupillaire gauche :

Réflexes tendineux très vifs ;

Rien à l'aorte.

Dans cette observation, nous ne connaissons ni le début de la syphilis, ni celui de l'épilepsie.

Il est probable que l'apparition de la syphilis a été postérieure à celle des crises comitiales. En tout cas, le traitement, s'il a agi sur les accidents cutanés tertiaires, n'a rien donné au point de vue mental. Les troubles du caractère tels que colère, violences, doivent être mis sur le compte de l'épilepsie et de l'alcoolisme, non sur celui de la vérole.

OBSERVATION IV

(Asile clinique. Service du P. Dupé.)

B..., quarante-six ans. *Hypomanie chronique. Alcoolisme chronique. Syphilis ancienne. Myosis. Rigidité pupillaire. Réflexes tendineux vifs. Pas de paralysie générale.*

B..., en est à son quatrième internement. Premier internement à Dinan en 1906, il reste trois ans.

Deuxième internement à Dinan en 1909 ; il y reste deux ans.

Troisième internement à Ville-Evrard en 1912 ; il y reste six mois.

Cette fois-ci, il entre à Sainte Anne (1914) avec le certificat suivant : affaiblissement intellectuel. Alcoolisme chronique. Troubles du caractère. Désordre des actes. Collectionnisme. Feu allumé imprudemment, drap lacéré avec un couteau, menaces de frapper et de se tuer. Récrimination ; vagues persécutions. Dénégations systématiques ; réticence. Tremblement des mains. Pas d'hallucinations.

Il a eu autrefois la syphilis.

Aujourd'hui, il se présente comme un hypomaniaque, par ses gestes et ses attitudes. Il a écrit une lettre injurieuse à sa sœur. Malignité et causticité dans les propos.

Il est bien orienté. Pas de troubles de la mémoire.

Pupilles étroites ; irrégularité légère ; rigidité.

Réflexes tendineux très vifs, surtout à gauche.

Babinski : ébauche d'extension à gauche.

Pas de dysarthrie.

OBSERVATION V

(Consultation externe de l'Asile clinique.)

C..., cinquante-huite ans. *Hypomanie. Tabes. Syphilis ancienne. Réflexes achilléens supprimés. Signe d'Argyll. Myosis. Déformations pupillaires. Douleurs fulgurantes. Pas de paralysie générale.*

Le malade se présente à la consultation en janvier 1916. Il a consulté, il y a cinq ou six ans à La Rochefoucauld pour de l'irritabilité. En 1900, il avait été interné dans une maison privée pendant cinq mois, pour une crise de dépression.

Il y a trois semaines, il a éprouvé une sorte de frayeur, au passage du tramway. Depuis, chaque fois qu'il en rencontre un, il ressent une commotion. Il vient parce qu'il ne peut pas tenir en place depuis plusieurs mois. « Je vais, je viens, je sors, je rentre. » Il ne peut plus travailler depuis plus d'un an.

Insomnies depuis plusieurs mois.

Certains jours, « il s'enfile dans le métro ; il en fait sans arrêt pendant deux ou trois heures. »

Mémoire excellente. Euphorie. « Je suis un garçon instruit. Je puis vous parler de ce que vous voulez. Je peux tenir tête à qui vous voudrez ; vous ne me ferez pas faire de fautes d'orthographe. »

Sautes d'humeur brusques.

Il dit qu'il reste souvent des heures entières sans pouvoir dire un mot, devant ses sœurs qui s'efforcent de le faire parler.

A la consultation, il parle avec une grande volubilité à certains moments, un peu de bégaiement émotif.

Mais aucune trace de dysarthrie.

Loquacité. Accélération de l'activité intellectuelle.

« Certains matins, j'ai la tête comme embrouillée ; cela me bouillonne à l'intérieur ; j'ai des envies de courir ; c'est la maladie ambulatoire. »

Puis il dit qu'il est comme envoûté. Il lui semble qu'il est comme dans un cercle dont on ne lui permet pas de sortir.

Obsessions. Aérophagie légère.

Réflexes rotuliens normaux, achilléens supprimés.

Douleurs lancinantes dans les membres inférieurs.

Clangor aortique.

Signe d'Argyll Robertson. Myosis. Déformations pupillaires. Cataracte droite.

15 mai 1916. — « Je m'imagine un tas de choses qui ne sont pas arrivées ; qu'on m'en veut. C'est la force de réaction qui me manque. Des choses qui se sont passées, il y a vingt à vingt-cinq ans, me reviennent brusquement. Il me prend des tremblements. »

Obsessions, provoquées par des réminiscences multiples qui chevauchent les unes sur les autres, des idées et des images, « un véritable flot » qui obsède le malade par sa persistance.

26 juin 1916. — Il dit qu'il parvient un peu à se raisonner. Il dort.

Douleurs vagues, diffuses.

31 juillet 1916. — Il ne parvient pas à réagir et cela le désespère. Il y a des jours où il ne peut pas tenir en place, d'autres où il s'affale pendant des heures.

Il se plaint de douleurs partout, dans les épaules, dans le corps. « C'est une véritable fournaise. »

Les signes physiques sont les mêmes qu'en janvier.

Les deux malades dont les observations suivent offrent cet intérêt qu'ils ont été pris, le premier à un moment donné, le second à différentes reprises, pour des paralytiques généraux. Or le premier a été suivi pendant une période qui va de 1892 à 1915, soit pendant vingt-trois ans. Le deuxième a présenté ses premiers troubles vers 1909 et se trouve actuellement à l'asile clinique où nous avons pu l'étudier. Le premier au bout de vingt-trois ans, offrait à observer les mêmes troubles mentaux qu'au premier examen.

Le deuxième est dans le même état mental que lorsqu'il a été interné en 1909. Chez tous deux, mémoire excellente, dysarthrie nulle.

Pas trace de démence paralytique. Dans ces conditions, le diagnostic initial ne saurait être maintenu. Il s'agit d'états psychopathiques survenus chez des syphilitiques anciens. Rien ne permet d'affirmer que la vérole soit à l'origine des troubles mentaux.

OBSERVATION VI

(Consultation externe de l'Asile clinique.)

A..., cinquante-huit ans. *Psychose périodique à forme mélancolique. Syphilis ancienne. Légère inégalité pupillaire. Réflexes tendineux vifs. A été considéré comme paralytique général.*

Novembre 1912. — Plus de parents. Pas d'enfant. Sa femme a fait une fausse couche.

Syphilis à vingt-cinq ans, traitée pendant trois ans par des pilules.

En 1897, a fait un séjour à Villejuif, pour une crise de dépression.

En 1897, en traitement à Ricord pour un rétrécissement uréthral, il s'imagine qu'il ne guérira jamais. Un soir, sans préméditation, comme sous l'influence d'une angoisse, il s'échappe de l'hôpital, monte au cinquième étage d'une maison en construction et se précipite par une fenêtre. Transporté à la Pitié dans le coma, il demeure quatorze jours en cet état.

Envoyé à Villejuif pour une crise de dépression, il y reste neuf mois.

Depuis, il a eu des périodes de dépression nombreuses, sans périodes d'excitation.

L'état actuel date de deux ans. Dépression légère. Dit qu'il a été hypnotisé du coté gauche (hypoacousie de ce côté). Se défend avec véhémence d'être la victime de persécutions. Il a cependant des procès avec des personnes qui lui doivent de l'argent (?)

Le certificat de 1892 porte le diagnostic de paralysie générale.

Légère inégalité pupillaire.

Réflexes vifs.

Pas de dysarthrie.

27 novembre 1911. — « Je suis indifférent aux choses de la vie. Je broie du noir. » Pas d'angoisses.

8 janvier 1912. — Tristesse. Insommies fréquentes. Pas d'angoisse.

6 mai 1912 — Un peu de mélanodermie. Dépression moindre. On prescrit des cachets de surénale.

22 juillet 1912. — Hypertension (18 et 9). Souffre de la tête. A cessé les cachets de surrénale. Depuis le traitement, la lecture lui est devenue plus facile ; il acccommode plus aisément. Il se plaint de bourdonnements d'oreille.

29 juillet 1912. — Otite adhésive gauche. Traitement bromuré. Moins de mélanodermie. Moins de fatigue physique, mais souffre toujours de la tête à gauche.

25 novembre 1912. — Céphalée ; somnolence ; paresse de la mémoire. Pouls faible et hypotendu. Le traitement à la surrénale est de nouveau prescrit.

9 février 1914. — Se plaint d'une céphalée intolérable qui accompagne tout effort cérébral. Il a surtout mal du côté de la tête où il a eu une fracture (au-dessus de la fosse temporale droite). Depuis qu'on lui a fait de l'électricité, il est plongé dans un sommeil hypnotique. Raconte des fait valeureux, dont il est le héros.

Il a réfléchi qu'il avait toujours été triste et que sa photographie de vingt ans montrait déjà un visage mélancolique,

4 mai 1914. — Il broie du noir, et cela revient par vagues. Mais pas de grande dépression comme lorsqu'il était à Villejuif. Céphalée gauche. Bourdonnements dans l'oreille gauche : sifflement comme de l'eau qui coule.

Il lui semble que sa cervelle touche à la boîte crânienne.

C'est comme une pression, mais accompagnée d'un bourdonnement qui l'énerve et l'agite.

12 octobre 1914. — Excité, volubile, agité. Il suppose que peut-être des machines électriques avec ramification souterraires lui causent tous ses maux.

14 décembre 1914. — Ni gai, ni triste. Se considère comme

électrisé. On l'a électrisé au menton et à l'oreille. Il suppose qu'on l'a fait dans un but thérapeutique.

Il se plaint aujourd'hui que ça siffle dans son côté droit.

C'est pourquoi il vient nous trouver.

8 mars 1915. — Même état. Bourdonnement dans les oreilles. Pas de vertiges. Céphalée. Tristesse.

27 décembre 1915. — Même état.

OBSERVATION VII

P. de A..., *Excitation maniaque. Syphilis ancienne. Réaction de Wassermann positive. Lymphocytose céphalo-rachidienne considérable. Réflexes tendineux vifs. Considéré à différentes reprises comme paralytique général.*

Entré à Saint-Anne, le 25 mars 1915. Il a quarante-deux ans.

Il a été interné trois fois à l'asile de Braqueville en 1909, 1910, 1912. Il y est resté chaque fois pendant quelques semaines.

Il avoue avoir eu la syphilis vers dix-sept, dix-huit ans. Elle fut traitée au protoiodure.

Un certificat du professeur Rémond, de Toulouse, conclut à la paralysie générale, en novembre 1909.

Le professeur Déjerine, consulté, conclut de la même façon.

Certificat du Dr Briand : Dégénérescence mentale avec délire polymorphe. Interprétations fausses. Craintes de persécution. Préoccupations ambitieuses. Inégalité pupillaire.

Certificat du Dr Collin : Excitation maniaque ; désordre des idées et des actes.

Certificat du professeur Dupré, en 1915 : Excitation psychique, loquacité, fuite d'idées, satisfaction, euphorie, idées vagues de grandeur et de persécution ; incohérence des propos, désordre des actes. Arrêté pour s'être présenté à la Chambre des députés, demandant à se rendre à la questure. Il a tenu au poste de police des propos absurdes, déclarant avoir peur d'être assassiné par des espions allemands auxquels il donne la chasse, avec l'aide de la police de Paris, etc. A l'infirmerie, divagation, indifférence, exaltation, satisfaction niaise. Masturbation. Légère instabilité de mains. Paresse des pupilles à la lumière. Pas de troubles nets de la parole. Aurait été trois fois interné... Paralysie générale probable.

D'autres certificats ou rapports très nombreux ont été faits à la suite de plaintes émanant du malade contre sa famille, le Barreau de Toulouse, les médecins qui l'ont soigné.

Le 14 avril 1915, la réaction de Wassermann est positive. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une lymphocytose considérable (50 par champ).

9 juin 1916. — Je suis très heureux ici. « Je la connais, la loi de 1838. Je suis frappé d'interlocution. Je vous expliquerai ce qu'est la possession démoniaque. J'ai été pris par le démon, quand j'ai fait ma première communion. J'ai coupé la tête au bon Dieu des catholiques, pour lui chopper la crotale divine. C'est une masse d'or qui pèse 900 kilos. Elle est tombée du ciel dans les Basses-Pyrénées. Elle représente le Soleil, la terre et quatre continents. Non seulement il y a des planètes habitées, mais des continents habité

par des intelligences comme les nôtres. Si le continent est quarante-sept fois plus grand, elles sont quarante-sept fois plus grandes etc... »

Il est en lutte avec les esprits parce qu'il leur vole des pierres. Ils voudraient le faire passer pour fou : « La nuit, ils s'incarnent, ou, sans s'incarner, ils me flanquent des coups. Ils remuent mon plumard. Ils me font aller dans des quantités de régions où je ne suis allé. Je suis allé aux Enfers, mais non au ciel. Et... »

Hypermimie extraordinaire.

Loquacité intarissable. Pas de dysarthrie.

Remarques ironiques.

Fuite des idées caractéristique.

Les pupilles réagissent. Légère inégalité.

Réflexes tendineux vifs.

7 mars 1917. Même loquacité. Même euphorie. Récits de complots politiques, entremêlés de souvenirs de ses différents internements, qu'il attribue à ces complots. Souvenirs précis du début de la guerre. Connaissance incomplète et confuse des événements récents. Il ne lit pas le journal ; il est renseigné par les autres malades.

Il ramasse des pierres dans le jardin, disant que ce sont des démons. Il dit aussi qu'il gagne avec ses cailloux 1.500.000 francs par jour.

« Je suis allé aux Enfers. J'ai vu le diable. Il est tout noir. Il est un peu bête. Il porte une cagoule.

« M. Gilbert Ballet m'a laissé sa place, ici, dans son cabinet. Il me la souhaitait, la mort. Il m'a dit que je ne valais pas la corde pour me pendre.

« Les Roumains sont neutres. Les Italiens ont refait la

Triple Alliance avec l'Allemagne. » Il sait qu'on se bat sur la Somme.

16 mai 1917. — Même hypermimie ; même loquacité. Mémoire excellente des faits anciens. Bonne orientation. Calcul mental rapide et exact.

Il continue à ramasser des cailloux ; il gagne maintenant 30.000.000 par jour avec eux.

Récits intarissables.

Pas de dysarthrie.

Les signes physiques sont les mêmes qu'en juin 1916.

III. — Nous présentons dans le troisième groupe, des malades non syphilitiques. Leur intérêt consiste en ce qu'ils ont été traités spécifiquement par les médecins qu'ils ont été consulter.

Il s'agit de trois malades atteints d'épilepsie.

Tous trois nient la syphilis. Chez tous les trois, l'examen physique ne décèle pas trace de cette infection. Les réactions de Wassermann ont été négatives.

Chez ces trois malades, des traitements spécifiques ont été institués, et l'ont été en pure perte.

Chez deux d'entre eux, les traitements ont occasionné des troubles et des malaises.

Or, à leur venue à l'Asile clinique, le traitement spécifique leur a été déconseillé ou supprimé.

Le traitement bromuré et hypochloruré a été mené avec plus d'énergie ; et des résultats favorables se sont manifestés immédiatement.

Il peut sembler étrange qu'il s'agisse de trois épilep-

tiques. C'est que le mal comitial est considéré comme appartenant plus à la neurologie qu'à la psychiâtrie (1), et beaucoup d'épileptiques viennent à la consultation après avoir passé déjà par les mains de médecins qui ne sont pas des psychiâtres.

Les malades dont nous avons plus haut présenté les observations, ont été soignés directement par des aliénistes. C'est pourquoi l'on ne relève pas dans leur histoire pathologique de traitement spécifique institué contre leurs troubles mentaux.

Les malades que nous avons groupés dans la quatrième catégorie d'observations n'ont pas été soignés directement par des aliénistes ; ils ont subi des traitements spécifiques.

Quant aux malades ne relevant pas de la psychiâtrie et qui ont subi des traitements, mercuriels ou autres, sans raison, ils sont innombrables, mais nous n'avons naturellement pas à nous en occuper ici.

---

1. Il serait aisé de démontrer que cette opinion est erronée. L'épilepsie donne naissance à des troubles psychopathiques d'une fréquence extrême. Cela est généralement connu. Ce qu'on sait moins, c'est que, souvent, ces accidents masquent l'épilepsie au point de la faire méconnaître totalement par un médecin non prévenu.

OBSERVATION VIII

(Consultation externe de l'Asile clinique.)

D..., *Névrose comitiale. Pas de syphilis avouée ni décelable. Wassermann négatif. Traitement spécifique institué sans résultat*

Le malade est âgé de cinquante-quatre ans. Il ne présente à signaler aucun antécédent héréditaire ou personnel. Pas de convulsions infantiles.

Le malade nie la syphilis et se dit très sobre.

Début à quarante-cinq ans, par l'apparition de crises survenues au cours de son travail (il est commerçant). Depuis cette époque, d'autres accès sont apparus. Ils surviennent à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit. Ils sont rares.

Pas de vertiges ; pas d'absences.

Il a suivi, il y a cinq ans, un traitement bromuré pendant un an. Ce traitement lui procura une amélioration notable.

Il l'a cessé parce qu'il souffrait de gastralgies.

La réaction de Wassermann, faite en septembre 1915, s'est montrée négative. Le médecin qui le soignait prescrivit néanmoins un traitement par injections mercurielles. On fut obligé de l'interrompre à la suite de malaises assez sérieux.

Le malade est triste, méfiant, d'un caractère irritable.

Pupilles égales, régulières, réagissant normalement.

Réflexes tendineux, vifs.

Rien à l'aorte.

OBSERVATION IX

(Consultation externe de l'Asile clinique.)

C..., *Epilepsie bravais-jacksonienne. Insuffisance mitrale-rhumatismale. Pas de syphilis avouée ni décelable. Wassermann négatif. Traitement spécifique institué sans résultat.*

28 novembre 1915. — Le malade est âgé de vingt-neuf ans. Il ne présente rien de particulier au point de vue de ses antécédents héréditaires. Marié, il a une fille de cinq ans. Il a été réformé en 1910 pour crise de rhumatisme articulaire aigu. Mobilisé au cours de la guerre, sur sa demande, dans le service auxiliaire, il est réformé n° 2 à la suite des troubles pour lesquels il vient consulter et pour « crises cardiaques. »

Il a subi, il y a quatre ans, un traumatisme cranien (région pariétale gauche). Un morceau de ferraille lui est tombé sur la tête, mais cela semble avoir été un accident très bénin.

Le début de ses crises remonte aux environs du 15 octobre 1915. Brusque vertige, avec perte de connaissance, morsure de la langue. Il est revenu à lui au bout d'une heure.

Depuis cette époque, il a une crise environ tous les quinze jours : malaise vague; puis douleur épigastrique ou sensation de constriction précordiale ; bourdonnement d'oreille ; puis surviennent des secousses dans le côté gauche de la face, dans le cou (la tête se tourne à droite), dans les bras. Enfin,

perte de connaissance pendant 15 minutes environ. Il ne se mord plus la langue ; n'a pas d'incontinence.

Outre ces grandes crises, il a de petits accidents qui surviennent presque tous les jours, deux, trois ou quatre fois, et qui consistent en secousses dans le côté gauche de la face, non suivies de perte de connaissance.

A subi un long traitement à la Pitié. On lui a fait une radiographie du crâne, qui n'a rien montré, un Wassermann qui a été négatif. Il nie tout antécédent vénérien et ne présente aucun signe physique. Néanmoins, il a subi vingt injections de salvarsan, puis des injections d'hectine ; il en est actuellement à sa dix-septième.

Traitement bromuré depuis quinze mois à raison de 2 grammes par jour.

Insuffisance mitrale d'origine rhumatismale.

14 mai 1917. — Le malade a cessé son traitement spécifique.

Il a suivi un traitement bromuré plus énergique. Il va beaucoup mieux. Les crises sont plus rares.

OBSERVATION X

(Consultation externe de l'Asile clinique.)

P..., *Epilepsie. Pas de syphilis avouée ni décelable. Traitement spécifique institué sans résultat.*

30 avril 1917. La malade est âgée de trente-huit ans.

Père mort alcoolique à quarante-huit ans.

Bien portante et forte dans son enfance, pas de convul-

sions, parlait et marchait à quatorze mois ; dentition normale, réglée à treize ans. Elle a eu 5 fausses couches et quatre enfants dont un seul est vivant (treize ans), les trois autres étant morts, le premier de convulsions, le deuxième de la rougeole, le troisième de méningite.

Elle s'est mariée avec un ivrogne qui la maltraitait et la battait, lui donnant des coups de pied dans le ventre et des coups de poing sur la tête et sur le visage. Depuis la guerre, elle s'est réfugiée chez sa mère ; elle est séparée de son mari depuis deux ans.

Il y a cinq ans, elle a eu des crises dont elle ne s'est pas aperçue. C'est sa mère qui en fait la description. Elle se frottait le ventre avec la main droite ; ses lèvres tremblaient ; le visage devenait livide et hagard ; elle semblait tout à fait absente ; puis elle disait : « Qu'est-ce que j'ai donc ? » et reprenait son travail.

En automne 1915, elle a été en traitement à l'hôpital de la Pitié. On la traita avec du bromure, de l'iodure de potassium ; on lui fit des injections intraveineuses de cyanure. On l'a fait revenir plusieurs fois depuis, pour des piqûres de biiodure.

Depuis le début de la guerre, les crises devenaient de plus en plus fréquentes, plus fortes aussi. La malade criait, dit la mère, tombait sur le dos, sautait « comme un canard auquel on coupe le cou ; toujours elle se tient la peau du ventre, à droite. »

Elle suit un traitement bromuré. Comme, après les crises, elle est « toute perdue », elle en accuse le bromure. Elle dit d'ailleurs que, depuis qu'elle en prend, les crises sont moins fréquentes et moins fortes.

Parfois, elle sent dans le ventre une boule comme une tête d'enfant, elle a peur de devenir folle. Sur la tête, elle a un point qui la brûle, parfois, « comme du feu ». La sensation de boule se présente surtout au début de la crise ; lorsqu'elle la sent, elle devient pâle, puis elle perd connaissance. Elle s'est blessée une fois au coude en tombant. Jamais d'émission involontaire d'urine ; mais elle a de l'écume aux lèvres, elle râle, elle se mord la langue.

Elle travaille bien, mange beaucoup, n'est pas irritable.

Elle dort mal ; elle a toujours faim ; elle a maigri, dit-elle, de 20 kilos depuis deux ans. Epoques assez régulières.

Elle a cessé l'usage du vin, thé, cafe, tabac.

Réflexes tendineux normaux, réflexes cutanés normaux.

Pupilles normales.

Cœur et pouls normaux.

Un peu de tremblement de la langue.

Chez cette malade, l'histoire obstétricale peut sembler une justification du traitement spécifique institué. Nous ferons remarquer que l'hérédité suffit à expliquer l'épilepsie du sujet et que sa vie conjugale jointe à son hérédité, peut expliquer les fausses couches qu'elle a eues. Ce qui est certain, c'est que ses troubles n'ont été améliorés que par le bromure.

IV. — Le quatrième groupe d'observations comprend des malades qui sont à la fois d'anciens syphilitiques et des psychopathes et dans l'histoire desquels on relève des traitements plus ou moins intensifs et plus ou moins prolongés, institués dans l'espoir de guérir les troubles mentaux.

Les trois premières observations sont tirées des thèses de Hagelstein et de Jacquin. Ces auteurs ont pensé à des syphilopsychoses. Les traitements prescrits se sont montrés inefficaces. Cela prouve qu'alors même qu'on a de bonnes raisons de se croire en présence d'un état psychopathique lié à l'existence de la syphilis, il faut se garder de prédire avec certitude la guérison de ces troubles sous l'action du traitement spécifique.

OBSERVATION XI (1)

(Observation XV de la thèse d'Hagelstein.)

Débilité mentale. — Hallucinations. — Interprétations diverses. — Syphilis tertiaires. — Traitement fréquemment rejeté. — Persistance des troubles psychopathiques.

D..., née le 14 avril 1859. Fille mère. Entrée à Maréville en 1890, après un séjour de deux ans environ à l'asile d'aliénés de P.

Avant son internement dans un asile d'aliénés, elle a passé quelque temps à l'hôpital Beaujon, à Paris, où elle a été traitée pour des accidents spécifiques graves. Sirop de Gibert; frictions mercurielles.

C'est à Beaujon que se développèrent les troubles intellec-

1. Le texte de ces trois observations est reproduit fidèlement. Nous laissons aux auteurs la responsabilité de certaines impropriétés et aussi de certaines naïvetés, telle que celle d'Hagelstein qui s'étonne de ce que le traitement spécifique n'ait pas agi sur la débilité mentale de sa malade.

tuels qui amenèrent sa séquestration. Son caractère était devenu triste, méfiant. Elle s'imaginait que les infirmiers de l'hôpital lui en voulaient ; elle avait des hallucinations de l'ouïe, et préalablement de la vue. Elle quitta l'hôpital pour se soustraire, disait-elle, aux méchancetés dont elle se croyait victime, et se rendit à S. pour se soigner dans sa famille.

Les troubles délirants étaient probablement manifestes puisqu'au lieu de la conserver, ses parents la firent admettre à l'asile.

Transférée à Maréville en 1890, deux ans environ après le début des troubles mentaux, elle ne paraissait plus sous l'influence d'un délire systématisé, mais elle présentait un affaiblissement intellectuel qui la rendait incapable de se diriger et de pourvoir à ses besoins.

Sa tare spécifique était accusée par des accidents nombreux, notamment du côté du squelette (perforation du frontal), et du côté de la peau, de la langue (cicatrices cutanées, gommes de la langue, etc.).

Ces accidents ont été enrayés par le traitement spécifique que l'on reprend à chaque instant.

Mais l'intelligence ne semble pas avoir été influencée par le traitement, car elle est toujours restée débile.

Depuis son séjour à Maréville, D... a paru privée de sentiments affectifs et de sens moral. Elle est toujours sujette, depuis quatre ans, à des moments d'excitation, sous l'influence de la moindre contrariété, et souvent même sans motifs.

Cette excitation se traduit par des propos grossiers, par la manifestation bruyante de mauvais instincts, des menaces de communiquer la syphilis à toutes ses compagnes, etc.

Quant à la trace des anciennes idées délirantes et des hal-

lucinations, on ne la retrouvait que par un interrogatoire minutieux.

Actuellement, il en est encore ainsi.

N'a plus la notion de temps écoulé; doit être à l'asile depuis 1885 ou 1886.

Débilité mentale accusée par sa pénurie d'idées, ses propos insignifiants, presque enfantins, ses redites, etc.

Incohérence de langage.

Il n'y a rien de la logique, de la coordination des délires systématisés. Ces troubles reflètent manifestement la débilité mentale, qui, depuis que D. est à Maréville, a toujours occupé le premier plan.

Ses idées de persécution n'ont ni l'évolution ni les caractères des idées de persécution du délire systématisé.

OBSERVATION XII

(Observation XXVI de la thèse de Jacquin.)

Syphilis secondaire.-- Mélancolie. — Anxiété.— Obnubilation intellectuelle. — Traitement mixte. — Amélioration. — Rechute. — Marche à la démence.

X... vingt-neuf ans. Syphilis contractée en juillet 1913. Entre à l'asile de Brou, le 14 mars 1894.

Etat physique: facies anémique, muqueuses décolorées, trace de nombreuses papules; adénopathie généralisée; chute des cheveux.

Système nerveux ; pas de troubles trophiques. La malade accuse une céphalée violente, surtout frontale, à exacerbations nocturnes.

Rien aux organes des sens. Pupilles égales, réagissant bien.

Etat mental : masque immobile. Ne parle pas spontanément.

Etat mélancolique.

Obnubilation : ne sait où elle est; insomnies ; ne cherche pas à s'occuper; ne veut rien faire.

Pas de troubles de la parole.

Traitement mixte : KI et Hg. Vin phosphaté.

5 avril. — Suppression des médicaments, car la malade vomissait.

3 mai. — Même apathie générale. Traitement mixte. Etat physique meilleur.

4 juillet. — L'état physique est bon ; mais il persiste un fond d'indifférence dans le caractère, presque de la satisfaction.

21 février 1895. — Très améliorée au point de vue physique, elle a engraissé ; elle dort mieux ; les maux de tête n'ont pas disparu.

L'état mental est amélioré. Elle commence à s'occuper. Le traitement est supprimé le 1er mars 1895. L'amélioration se maintient.

Janvier 1898. — Etat physique assez bon. Céphalée toujours intense, nocturne.

Pupilles égales ; réflexes pupillaires normaux.

Sommeil assez bon, interrompu quelquefois par la céphalée Pas de troubles de la parole.

Idéation lente ; les réponses tardent à venir. Elle garde toujours une attitude de mélancolique. Elle s'occupe aux

travaux de la division, mais sans prononcer un mot ; ne parle pas spontanément.

La mémoire est affaiblie ; la malade ne sait pas exactement son âge, ni où elle est.

Mars. — Même état mental.

Mai. — Même état mental.

OBSERVATION XIII

(Observation XXVII de la thèse de Jacquin.)

Syphilis secondaire. — Mélancolie anxieuse avec tendance à la stupeur. — Traitement mixte. — Etat stationnaire. — Marche à la démence.

X..., trente-trois ans, entre à l'asile le 10 février 1893. avec le certificat : Etat d'imbécillité et faiblesse d'esprit.

Elle vient de l'hospice de l'Antiquaille où elle est entrée le 2 février 1892. Elle avait des pertes avec cuisson au niveau des organes génitaux. Quelque mois après est survenue une éruption de boutons, principalement dans le dos. En même temps, douleurs de tête, chute de cheveux. Cinq mois après, la malade, qui était sortie de l'Antiquaille, y rentre pour de nouveaux accidents.

Actuellement, éruption acnéiforme disséminée sur le dos ; plaques violacées sur la peau. A la partie postérieure des bras, et à la partie antérieure de la cuisse, éruption de petits boutons miliaires, rougeâtres, rugueux au toucher. Quelques ganglions au pli de l'aine. Examen de la gorge difficile ; il semble que les piliers sont un peu rouges mais ne présen-

tent pas de plaques muqueuses. La malade s'est plainte d'un violent mal de gorge, ces jours derniers.

Réflexes rotuliens paraissant un peu exagérés.

Légère ovarie; céphalée nocturne; insomnie.

Etat mental. — Il faut arracher les mots à la malade, qui répond par monosyllabes, d'une façon niaise, et souvent sans avoir l'air de savoir ce qu'on lui demande.

Pleure et gémit à tout propos. Elle pleure parce qu'elle voudrait être morte.

Anxiété et stupeur.

Laisse ses bras et ses mains dans la position où on les lui met. Pseudo-catalepsie.

Certificat de vingt-quatre heures : Débilité mentale; mélancolie anxieuse avec tendance à la stupeur.

Traitement. — Calomel et iodure de fer.

Janvier 1895. — Même état, sans aucune modification.

1898. — Même état. Elle est amaigrie, garde une fixité absolue dans les attitudes volontaires; garde également, pendant un temps assez long, les attitudes qu'on lui donne; son état cataleptoïde persiste.

Anxiété avec demi-stupeur. Regard immobile figé sur le même point; ébauche d'oméga mélancolique.

Les réponses sont lentes, quoique presque toujours précises; la mémoire est peu diminuée.

Sommeil bon. Mange difficilement; il faut la forcer à manger.

De temps à autre, elle prend des impulsions méchantes; sans motif, elle frappe les malades.

Tendance à l'automatisme.

Mai 1899. — Même état que précédemment.

OBSERVATION XIV

(Consultation externe de l'Asile clinique).

A..., *Délire d'influence. — Troubles de l'humeur. — Syphilis ancienne. — Lymphocytose céphalo-rachidienne. — Traitement spécifique institué à plusieurs reprises. — Persistance des troubles psychopathiques.*

18 octobre 1912. — Le malade est âgé de quarante-deux ans. Pas d'antécédents à signaler, à part sa syphilis qu'il a eue à l'âge de vingt ans, et qui fut soignée par des pilules et du sirop de Gibert.

Il s'est marié à quarante ans.

Depuis la fin de juillet 1912, il se trouve très fatigué. Il éprouve la plus grande difficulté à travailler.

Il devrait, dit-il, s'affilier à la franc-maçonnerie pour arriver. Sa propre femme le ruine. Il parle de divorcer pour épouser une institutrice qui gagne beaucoup d'argent.

Il est triste. Vagues idées de persécution. On brise, dit-il, sa carrière.

Céphalée. Vomissements parfois.

Très nerveux.

Vient de subir 12 piqûres d'énésol.

Wassermann négatif.

Ponction lombaire : lymphocytose considérable (66).

14 novembre 1912. — Euphorique. Vient d'avoir une période d'impuissance qui a duré quinze jours environ. Dysurie.

Cauchemars absurdes prolongés par des idées délirantes diurnes. Il reçoit, la nuit, des projections lumineuses.

Ces épreuves lui viennent, dit-il, de la franc-maçonnerie, société dans laquelle il serait bon qu'il entrât.

Pupilles réagissant bien dans l'obscurité.

Réflexes rotuliens et achilléens forts.

Pas de clonus.

Pas de Romberg.

5 juillet 1913. — Il va mieux ; il est plus calme ; il a repris son travail (compositeur de musique).

Mais il est toujours irritable.

Il a encore des idées délirantes : on agit sur lui à distance ; toujours victime d'influences magnétiques.

13 octobre 1913. — Euphorie ; content de sa voix ; se trouve bien ; peut travailler.

Toujours irritable. Réclame des injections de salvarsan.

12 janvier 1914. — Même état mental qu'au début. N'est jamais content. Veut divorcer. Période d'impuissance.

Pupilles normales.

Réflexes forts.

Pas de tremblement. Pas de dysarthrie.

Mai 1914. — Neuf injections de 914 ont été faites. Le malade présente les mêmes troubles que précédemment ; mêmes idées vagues de persécution ; mêmes troubles de l'humeur.

OBSERVATION XV

(Consultation externe de l'Asile clinique.)

H... *Mélancolie. — Interprétations multiples. — Syphilis ancienne, toujours traitée. — Persistance des troubles mentaux.*

30 mars 1914. — Le malade est âgé de cinquante ans.

La syphilis date d'une dizaine d'années. Elle a constamment été soignée depuis.

L'année dernière, il a eu de grands ennuis. Depuis sept mois, il est triste; il éprouve de l'angoisse, le matin, au réveil.

Il est inquiet sur son état. Il s'imagine qu'il ne guérira pas et que cet état entraînera de gros dommages pour sa femme et sa fille.

Insomnie. Anxiété.

Idées de suicide.

Réflexes tendineux normaux.

Pupilles normales.

Traitement laudanisé.

27 avril 1914. — Sommeil meilleur. Va mieux. Peut travailler par intervalles.

18 mai 1914. — Va mieux. Encore faible. Point dans le dos.

Un peu d'angoisse encore le matin.

Emotif. Se met à larmoyer, sur la fin de la consultation.

Accuse une émotion due à l'influence du milieu.

21 janvier. — Il va mieux, quant à ses angoisses et sa

tristesse. Mais il présente maintenant des interprétations délirantes multiples.

On murmure autour de lui. On le prend pour un pédéraste. On crache dans sa direction avec mépris.

OBSERVATION XVI

(Consultation externe de l'Asile clinique.)

N... *Neurasthénie. — Crises d'anxiété. — Phobies multiples. — Syphilis ancienne. — Traitement spécifique institué à plusieurs reprises. — Persistance des troubles psychopathiques.*

26 mars 1906. — La malade a trente et un ans. Elle appartient à une famille de psychopathes. Ses frères et sœurs sont, comme elle, à ce qu'elle dit, bizarres, nerveux, irritables.

A eu la syphilis à dix-neuf ans. Elle s'est soignée pendant plusieurs années.

Aurait eu, il a quatre ans, une hémiplégie droite (?) : crise d'engourdissement dans la moitié du corps, sans perte de connaissance, et dont il ne reste rien.

Se plaint actuellement de maux de tête et de vertiges.

Sa céphalée n'est pas localisée.

Réflexes normaux.

Pas d'Argyll.

27 octobre 1906. — Céphalée plus intense qui la réveille la nuit. Angoisse. Craintes inexplicables.

1er décembre 1906. — Même état.

5 janvier 1907. — Même état.

23 février 1907, — Céphalée persistante. Craintes vagues. Elle s'affole, ne sait plus quelle voiture prendre pour rentrer chez elle.

Phobie de la poussière. Elle ne peut voir la poussière chez elle; elle s'acharne après elle jusqu'à avoir mal au bras. Chez les autres, la poussière lui est indifférente: « elle s'y roulerait ». Chez elle, au contraire, si elle en avait la force, elle ferait cinquante fois le ménage par jour. Cela l'énerve et l'épuise.

Peurs continuelles, inexpliquées, surtout de tomber. Vertiges dans la rue. Elle craint toujours que quelqu'un ne l'attaque et ne lui donne un coup dans le cœur. Elle-même, elle aurait besoin d'attaquer quelqu'un. Envie de crier, de hurler, de se rouler.

Pas de mémoire. Ne se rappelle pas ce qu'elle a fait la veille.

Colères terribles, sans raison.

Bourdonnement d'oreille (tintements comme une pendule qui va sonner). Saignements de nez très abondants. Quand elle parle trop, oppression à l'estomac. Elle a besoin de fermer les yeux, même en marchant.

A été pendant trois semaines à l'isolement, à la salpêtrière.

1er juin 1907. — Après une courte période de travail, la malade se sent un vide dans la tête. Elle est alors angoissée, craint de devenir folle: Elle tremble, elle frissonne; son cœur bat.

Piqûres d'huile grise en juin et juillet 1907.

9 novembre 1907. — Mêmes frayeurs, mêmes phobies, mêmes angoisses.

14 janvier 1908. — Sensation de vide dans la tête. Aboulie.

24 janvier. — Recrudescence des phobies.

5 mai 1908. — Etourdissements. Craintes de la folie et de mourir subitement, surtout après avoir travaillé. Difficulté de fixer l'attention. La malade revient pour une nouvelle série de piqûres.

Série de piqûres en mai et juin 1908.

16 juin 1908. — « Coup de fouet sur la tête » n'ose plus renverser la tête en arrière. Ses jambes sont faibles.

9 décembre 1908. — Prétend n'avoir plus aucune force. Somnolences continuelles.

Réflexes et pupilles normaux.

4 mai 1909. — Peur de mourir, de devenir folle; croit qu'elle ne pourra jamais guérir.

Céphalée. Asthénie. Envies de hurler. Contractions spontanées de l'estomac.

25 avril 1910. — N'a plus ni force, ni respiration. Sensation de vide. Mal dans la tête, les épaules, le cou. Peur de mourir, de devenir folle, d'avoir des crises convulsives. Tout ce qu'elle fait la rend malade. Elle s'agace et s'énerve pour un rien. Elle se dispute facilement. Elle vit dans un état d'angoisse continuelle.

14 novembre 1910. — Même état.

26 avril 1911. — Même état.

9 octobre 1911. — Vertiges intenses depuis deux mois, précédés d'une sorte de brouillard qui passe devant ses yeux; puis elle a la sensation qu'elle va tomber; elle n'est cependant jamais tombée.

Sensation de vide dans la tête et le corps. Bourdonnements dans la tête.

19 avril 1913. — Fatiguée au moindre effort. Elle a des vertiges. Il lui semble que la vie s'en va d'elle. Elle a envie de crier ; ne peut entendre parler ; veut s'échapper ; a peur de mourir, de devenir folle.

Phobie de la poussière ; elle frotte sans relâche. Elle présente ces troubles quand elle est seule et qu'elle fait son ménage. Alors elle se surprend à causer toute seule.

Elle était phobique avant d'être spécifique. Perd la mémoire ; ne peut plus penser.

Pupilles réagissent.

Réflexes rotuliens un peu vifs.

Mange bien ; digère bien ; pas constipée.

A cessé son traitement spécifique depuis deux ans, mais suit un traitement ioduré chaque année.

2 mars 1914. — Mêmes phobies. Hier, ayant fait son ménage, elle allait se mettre à déjeuner quand elle sentit ses oreilles bourdonner, son corps se vider, ses membres se dérober. Prise de peur soudaine de mourir, elle a envie de courir, de crier, pour échapper à ce malaise qui a duré vingt minutes. Ça ne lui était pas arrivé depuis six mois.

4 septembre 1916. — Sensation de vide. Peur de mourir, de devenir folle, maux de tête, bourdonnements dans les oreilles. Vertiges. Le moindre effort lui provoque un étourdissement. Anxiété. Indifférence. Dégoût de la vie, du monde ; désire souvent la mort.

Amnésies passagères. Doutes. Scrupules.

OBSERVATION XVII

(Consultation externe de l'Asile clinique.)

T... *Cœnesthopathies. — Algies. — Interprétations hypocondriaques. — Syphilis ancienne. — Argyll. — Traitement mercuriel. — Persistance des troubles mentaux.*

17 avril 1916. — La malade a cinquante et un ans. Elle s'est mariée à quinze ans à un homme ayant quarante-huit ans de plus qu'elle. Elle a eu trois enfants dont deux sont morts en bas âge. La troisième, une fille, est vivante et mariée. Elle a été abandonnée par son mari à l'âge de dix-neuf ans. Elle a été très malheureuse en ménage.

Elle a longtemps habité Alger, où elle s'est fait soigner par des charlatans indigènes pour des troubles anesthésiques dont elle se plaint depuis de longues années.

Ces troubles ont redoublé depuis deux ans, c'est-à-dire depuis sa ménopause.

Le début remonte à une quinzaine d'années : douleur siégeant dans les reins et dans le bas-ventre, apparaissent à la suite de fatigues sous forme de crises durant trois ou quatre jours. Elle avait alors des pertes extrêmement abondantes qui ont peu à peu diminué.

« Elle avait les nerfs de son ventre tout gonflés. Ce sont les nerfs de son dos et de son ventre qui lui sont montés dans la tête, il y a trois ou quatre ans. »

Elle s'est mise à souffrir horriblement au niveau de l'occiput. Elle devait soutenir sa tête avec ses mains pour marcher, manger. Elle ne dormait plus. Elle ne pouvait même plus toucher à son cuir chevelu, ni se coiffer.

Un jour, sur le conseil d'un voisin, elle a vidé une bouteille d'ammoniaque sur sa tête. Naturellement, cela l'a brûlée beaucoup. Mais la douleur a changé de place. Elle a eu, à la suite de cette manœuvre, une énorme inflammation de tout le bras gauche, dont elle souffre encore, après deux années ; pendant des mois, elle n'a pas pu s'en servir du tout.

Maintenant, il n'y a guère que quelques nerfs qui soient encore gonflés au niveau de la nuque. Mais elle souffre encore terriblement dans les côtés et au niveau de l'hypochondre gauche. Ce sont des lancements, de l'électricité, des brûlures « comme des nerfs qui se gonflent. »

Son estomac ne fonctionne plus ; les aliments restent là des jours entiers ; les matières se dessèchent dans son côté gauche, et elle est forcée de prendre tous les jours au moins deux lavements pour pouvoir les expulser.

Elle ne peut plus manger que des aliments liquides.

On dirait qu'il y a une bête ou un poids qui lui tire tous les nerfs du sein gauche.

19 février 1917. — Elle se plaint depuis quelques mois de renvois. Quand ils surviennent au moment des crises d'étouffement, ils la soulagent beaucoup. Autrefois, elle était complètement bouchée et cela l'étouffait.

Elle a aussi des gaz intestinaux « qui sortent du côté où elle a mal » et qui la soulagent.

Elle attribue ces heureuses modifications à l'usage des frictions mercurielles qu'elle pratique depuis plusieurs mois.

CONCLUSIONS

I. — C'est à tort que les médecins contemporains tendent à attribuer à la syphilis la plupart des accidents psychopathiques survenant chez des sujets infectés. Ceux de ces accidents qui sont vraiment liés à l'existence de la syphilis, sont connus.

Ils peuvent apparaître à toutes les périodes de la maladie.

Les troubles syphilopsychopathiques de la période primaire sont exceptionnels. Ce que l'on observe, ce sont des états de nature obsédante, phobique, hypochondriaque, développés chez des sujets particulièrement impressionnables et pouvant aller jusqu'au suicide.

Ceux de la période secondaire revêtent la forme clinique des états psychopathiques d'origine toxique : confusion mentale, avec agitation, dépression ou stupeur ; hallucinations ; idées délirantes de nature onirique ; états pseudo-démentiels ; parfois, états méningés précoces.

Ceux de la période tertiaire correspondent à un des processus anatomopathologiques de la syphilis sur le cerveau. Ils sont marqués par la prédominance de l'affaiblissement psychique sur l'obnubilation passagère et la confusion.

Ceux enfin de la période quaternaire appartiennent à la paralysie générale.

En dehors de ces cas bien classés, les autres accidents psychopathiques observés chez un syphilitique n'offrent avec la syphilis aucun rapport.

Lorsque les troubles mentaux coïncident avec des signes de localisation nerveuse de l'infection, il ne s'ensuit pas forcément que l'on ait affaire à la paralysie générale. Il peut s'agir, ou de syphilis cérébrale, ou d'états psychopathiques banaux sans relation avec la syphilis coexistante.

II. — C'est à tort que les médecins contemporains traitent spécifiquement la plupart des syphilitiques qui présentent des troubles mentaux.

Le traitement n'a pas d'action sur les psychopathies de la première période. Ce qui convient ici, c'est le traitement moral.

Le traitement spécifique donne d'excellents résultats dans les troubles syphilopsychopathiques de la période secondaire.

Dans ceux de la troisième période, c'est-à-dire relevant de la syphilis cérébrale, il agit souvent favorablement, mais produit rarement une guérison complète, impuissant qu'il est sur les lésions destructives déjà constituées.

Son action sur la paralysie générale pure est nuisible. Quant aux troubles qui n'ont avec la syphilis que des rapports de coïncidence, le traitement spécifique ne peut avoir sur eux qn'une action nocive. Il faut s'en abstenir.

Vu : le Président de la thèse,
PIERRE MARIE

Vu : pour le Doyen
L'Assesseur
POUCHET

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Fournier. — Leçons, 1873.

— La Syphilis cérébrale, 1879.

— Les Affections parasyphilitiques, 1894.

— Le Suicide dans la syphilis (Presse médicale, mai 1903).

Parant. — Syphilis et folie (Annales médico-psych., 1888).

Mairet. — Aberration mentale syphilitique. Montpellier, 1893.

Hagelstein. — Thèse de Nancy, 1894.

Gilbert Ballet. — Traité de Pathologie mentale, 1903.

— Art. Psychoses. (In Traité de médecine Charcot-Bouchard).

— Séance de l'Acad. de médecine, 13 juin 1911.

Devay. — De la mélancolie chez les syphilitiques (Echo médical de Lyon, 1899).

Jacquin. — Thèse de Lyon, 1899.

Herber. — Thèse de Paris, 1900.

Keraval.—La Folie syphilitique (Le Caducée 20 février 1903).

Vigouroux et *Charpentier.* — Syphilis cérébrale et démence (Annales medico-psych., 1904).

Angiolella et *Galdi.* — Sur les psychoses de la syphilis (Annali di Nevrologia, 1904).

Roy. — La Préoccupation hypochondriaque de la paralysie générale chez les syphilitiques (Journal de Psychologie normale et pathologique, 1905).

Sezary. — Processus histologique des réactions méningées de la syphilis. Soc. Biol., 4 avril 1908).

Raviart, Breton (G.). — Aliénation mentale et réaction de Wassermann (Presse médicale, sept. 1908).

Roubinovitch et *Levaditi*. — Rôle de la syphilis dans la démence précoce (Gazette des Hôpitaux, juin 1909).

Mosny et *Barat*. — Société de Psychologie, 19 mai 1910.

Gaucher. — Précis de Syphiligraphie, 1910.

Gentile. — Considérations sur la neurasthénie syphilitique (Rivista italianadi neuropatologia, psichiatria ed elettroterapia, novembre 1910).

Dods Brown. — Review of neurology and psychiatry, novembre 1911.

Soukhanoff. — Annales medico.-psych., mai 1911.

Jallet. — Thèse de Paris, 1911.

Barnes. — Les Psychoses syphilitiques (Medical Record, oct., 1912).

Herman et *d'Hollander*. — La Réaction de Wassermann et l'aliénation mentale (Bulletin de l'Acad. de méd. de Belgique, décembre 1912).

Arsimoles et *Halberstadt*. — Sur quelques syndromes mentaux dus à la syphilis cérébrale (Revue neurologique, 1912).

Laignel-Lavastine et *Barbé*. — Société de psychiâtrie, 18 décembre 1913.

Régis. — Précis de Psychiatrie, 1915.

Joltrain. — Nouvelles méthodes de séro-diagnostic, 1916.

Leredde. — Domaine, traitement et prophylaxie de la syphilis, 1917.

Imprimerie Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 3394-17